

DE LA
BLENNORRAGIE URÉTRALE
CHEZ LA FEMME
ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAXIME ALBERT

Né le 29 Mars 1868, à Terrasson (Dordogne)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1894

DE LA
BLENNORRAGIE URÉTRALE
CHEZ LA FEMME
ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAXIME ALBERT

Né le 29 Mars 1868, à Terrascon (Dordogne)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BOUVEAULT,
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	BARRAL id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, *Président*; M. CAZENEUVE, *Assesseur*; MM. CONDAMIN et ROLLET (Ét.) *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 14^e CORPS D'ARMÉE
ET DU GOUVERNEMENT MILITAIRE DE LYON
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAILLETON

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ É. ROLLET

INTRODUCTION

Si l'on ouvre un classique au chapitre de la blennorragie des organes génitaux de la femme, c'est avec surprise que l'on remarque le peu de lignes généralement consacrées à l'urétrite.

La plupart des auteurs, en effet, passant rapidement sur la symptomatologie de cette affection, laissent à peine entrevoir la possibilité de son fâcheux pronostic, et n'accordent que quelques mots à son traitement.

L'urétrite blennorragique mérite pourtant, il nous semble, à bien des titres, d'attirer l'attention du médecin.

Elle ne détermine parfois, il est vrai, que peu de gêne et ne présente par elle-même aucune gravité, mais si l'on considère qu'elle apparaît le plus souvent comme première manifestation de la blennorragie, on comprendra toute

l'importance d'un traitement qui, en facilitant la guérison rapide, permettra d'éviter la propagation de l'infection blennorrhagique aux autres parties de la muqueuse génitale, et par suite, les terribles complications qui en sont si souvent le résultat.

On comprendra l'importance non moins grande qu'il y a à s'efforcer de tarir l'écoulement urétral qu'elle détermine constamment, si l'on songe que cette sécrétion pathologique, qu'elle résulte d'une urétrite aiguë ou chronique, peut être une source continuelle de contagion.

Nous n'ignorons pas que nous touchons là à un point encore controversé, mais nous ne saurions partager l'avis de certains auteurs qui, se basant après un examen microscopique sur l'absence de gonocoque dans certains écoulements chroniques, vont jusqu'à leur nier tout caractère contagieux. Nous nous efforcerons, au contraire, de démontrer qu'il est parfois prudent d'être moins optimiste.

Le traitement s'impose donc dans la blennorrhagie urétrale de la femme à toutes ses périodes. Ce traitement qui peut paraître simple *a priori*, en raison de la brièveté du canal de l'urètre, présente souvent dans la pratique les plus grandes difficultés. Il n'est aucun des nombreux médicaments généralement employés aujourd'hui dans cette affection, qui ne compte à son actif de nombreux succès.

Il était donc indiqué devant les remarquables résultats

obtenus dans l'urétrite blennorragique de l'homme par l'emploi du gallobromol, corps récemment étudié par M. le professeur Cazeneuve, d'expérimenter également ce nouvel agent thérapeutique dans la blennorragie urétrale de la femme.

C'est sur les conseils de M. le professeur agrégé Etienne Rollet, qui a bien voulu attirer notre attention sur quelques points encore obscurs de cette affection et sur les difficultés de son traitement, que nous avons entrepris cette étude pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Voici quel sera le plan de ce travail :

Après avoir, dans un premier chapitre, parlé de la nature de la blennorragie, nous traiterons, dans le second, de la symptomatologie de l'urétrite blennorragique chez la femme.

Le pronostic de cette affection fera le sujet de notre troisième chapitre.

Nous consacrerons le quatrième à l'étude de son diagnostic et de sa prophylaxie.

Dans un cinquième chapitre, nous ferons d'abord une critique des divers traitements de l'urétrite blennorragique ; nous passerons ensuite à l'étude du gallobromol, insistant sur son action physiologique.

Nous exposerons, alors, une série d'observations où l'emploi de ce médicament a paru confirmer les espérances

fondées sur lui, et terminerons, enfin, par une comparaison rapide des effets du gallobromol avec ceux produits par les substances généralement employées jusqu'à ce jour.

Mais, avant d'aborder ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements à notre maître, M. le professeur agrégé Etienne Rollet, pour les nombreux conseils qu'il a bien voulu nous donner, après avoir eu l'obligeance de nous signaler ce sujet de thèse.

Nous tenons à remercier, d'une façon spéciale, M. le Dr Cuilleret, chef de clinique à l'Antiquaille, de l'intérêt qu'il a bien voulu prendre à notre étude, et des observations importantes qu'il nous a fournies.

Que M. le professeur Gailleton veuille bien accepter l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DE LA
BLENNORRAGIE URÉTRALE
CHEZ LA FEMME
ET DE SON TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

Nature de la Blennorrhagie

1° DE RICORD A NEISSER

Deux opinions divisaient les auteurs sur la nature de la blennorrhagie, dans la période qui s'étend de Ricord à Neisser.

Les uns, et ils constituaient le plus grand nombre, considéraient avec Ricord, Fournier, Jullien, cette affection comme une phlegmasie simple, susceptible par conséquent de se développer sous l'influence d'une multitude de causes irritantes.

Pour ces auteurs, une excitation quelconque, une irritation excessive de l'urètre, pouvait suffire à lui donner naissance. C'est ainsi, qu'ils arrivaient à incriminer dans

sa production : les excès vénériens, certains aliments, les boissons alcooliques, les traumatismes des organes génitaux, etc. Ils considéraient également le flux menstruel, le flux leucorrhéique comme susceptible de la faire éclater.

Les défenseurs de cette doctrine pensaient donc qu'une femme, surtout si elle est lymphatique, pâle et blonde, recèle en elle-même tous les éléments nécessaires pour donner la blennorragie, qu'elle est susceptible par conséquent de faire naître un état pathologique qui, à son tour, pourra devenir l'origine de contagions multiples et répétées. On connaît la fameuse recette de Ricord pour attraper la chaudepisse.

Rollet, Gosselin, Guérin considéraient au contraire la blennorragie comme une affection essentiellement virulente ne pouvant se transmettre que par la contagion d'un virus spécial, le virus blennorragique.

Ces auteurs se refusaient complètement à admettre qu'on pût contracter la blennorragie *quoi qu'on fit* avec une femme n'étant pas elle-même porteur du principe spécifique de cette affection. Les faits contradictoires étaient des faits mal observés.

2° DÉCOUVERTE DU GONOCOQUE PAR NEISSER

Etant donnée l'origine virulente de la blennorragie, il s'agissait d'en découvrir l'agent spécifique ; mais les nombreuses recherches microscopiques dirigées dans ce sens sont longtemps restées sans résultat.

C'est en 1879 seulement que Neisser, alors Assistant à la clinique dermatologique de Breslau, décrivit, sous le nom de gonocoque, le microorganisme reconnu presque universellement aujourd'hui comme l'agent pathogène de la blennorrhagie.

*Procédé usité en clinique pour la recherche
du gonocoque.*

Le pus à examiner, une fois recueilli, on l'étend sur une lame porte-objet que l'on passe deux ou trois fois sur la flamme d'une lampe à alcool, pour en hâter la dessiccation. La préparation ainsi séchée est alors plongée pendant quinze minutes dans une solution de violet de méthyle ou de safranine. On la soumet ensuite à l'action d'un filet d'eau. Après quoi, on la sèche de nouveau légèrement et on la recouvre d'une mince lamelle de verre.

On peut alors immédiatement procéder à l'examen.

Sur une préparation de pus blennorrhagique, avec un grossissement moyen, on voit que les gonocoques sont constitués par de petits corps ponctiformes, arrondis. Ils sont disséminés dans les globules de pus, autour des noyaux ou entre eux (ce point est capital). On en trouve aussi en dehors des globules et dans les cellules épithéliales. Un globule de pus contient quelquefois deux ou trois gonocoques, d'autres fois on en compte plus de cent. Dans le champ du microscope on voit, en général, six ou huit globules contenant chacun dix ou vingt gonocoques.

Avec un grossissement de 500 diamètres, on voit que ces microorganismes sont des diplocoques, ayant l'aspect de biscuits ou de grains de café.

Le gonocoque étant découvert, on chercha alors à le cultiver suivant la méthode de Pasteur, car si l'on parvenait à l'isoler par des cultures successives, et à reproduire par inoculation de ces cultures une urétrite blennorragique, ce microorganisme satisfaisait, dès lors, aux conditions indiquées par Pasteur, et sa spécificité était nettement établie.

Bumm, le premier, est parvenu à cultiver ce microcoque sur du sérum humain; et, cette culture portée dans l'urètre sain d'une femme y détermina, le troisième jour, une urétrite typique.

Bokaï, reprenant l'expérience, réussit également à développer une urétrite blennorragique chez trois étudiants.

Constantin Paul, avec un liquide de neuvième culture, détermina chez une jeune fille une inflammation urétrale qui présenta tous les caractères de la blennorragie.

Ces mêmes expériences ont également donné des résultats positifs entre les mains de Loeffler, Kreiss, Risso.

Le gonocoque a donc satisfait aujourd'hui à la triade de Pasteur, et son rôle pathologique dans la blennorragie peut être considéré comme nettement établi.

Mais, au moment où la question pouvait être considérée comme terminée, la spécificité du gonocoque étant définitivement établie et sa recherche aisée (procédé clinique et

procédé de Gabriel Roux), surgissent tout à coup de nouvelles difficultés.

On découvre dans les sécrétions normales ou pathologiques des organes génitaux, des diplocoques difficiles à différencier avec le gonocoque à l'examen clinique. Des microcoques possédant exactement les mêmes caractères morphologiques, et jouissant des mêmes réactions colorantes que le gonocoque, ne pouvant, en un mot, se différencier de ce microorganisme que par la culture.

Le trouble que vient jeter cette découverte est déjà considérable. Il vient encore s'augmenter des faits cités par Reymond et Richard Steinbuchel, faits qui établissent nettement que le gonocoque peut ne se révéler que par intermittence, qu'il est susceptible de paraître ou disparaître suivant certaines modifications apportées dans son milieu.

La confusion enfin est à son comble, lorsque Wertheim déclare qu'il lui est arrivé d'avoir des résultats négatifs à l'examen microscopique de pus soupçonné blennorrhagique, alors que l'ensemencement lui donnait sur plaque plusieurs colonies vérifiées par l'inoculation à l'urètre.

On voit donc combien grande est aujourd'hui la confusion qui règne sur la question du gonocoque, d'après les données bactériologiques.

Tel écoulement, en effet, qui renferme cliniquement des gonocoques, peut ne pas en présenter bactériologiquement, et tel autre, qui la veille ne présentait aucune espèce de diplocoque, peut renfermer le lendemain de nombreux gonocoques.

Nous avons cru intéressant de donner le tableau suivant, qui a l'avantage, tout en signalant les diplocoques

découverts jusqu'à ce jour (Bosc), d'indiquer en même temps leurs caractères différentiels :

I	Cultures sur gélose jaunes . . .	Liquéfient la gélatine	Restent colorés après le Gram	Diplococcus subflavus de Bumm.
			décolorés par le Gram	Diplocoque jaune citrin de Steinschneider.
		Ne liquéfient pas la gélatine		Diplocoque jaune non liquéfiant de Legrain. Diplococcus citreus conglomeratus de Bumm.
II	Cultures sur gélose à centre jaunâtre, à bords blancs ou grisâtres.	Ne liquéfient pas la gélatine		Diplocoque blanc jaunâtre de Legrain. Microcoque orangé. Micrococcus ochroleucus de Prove.
		Ne liquéfient pas la gélatine . . .	colorés après le Gram	Diplococcus lacteus faviformis de Bumm.
			décolorés par le Gram	Diplocoque blanc grisâtre de Legrain. Microcoque blanc grisâtre de Steinschneider. Micrococcus albicans amplius de Bumm.
III	Cultures sur gélose blanches ou grisâtres . . .	Liquéfient la gélatine . . .		Diplocoque à colonies foliacées de Legrain. Diplocoque de la vulvo-vaginite de Vibert et Bordas. Orchiocoque de Eraud et Hougounenq. Gonococcus gonorrhæe de Neisser.
		Liquéfient la gélatine . . .	colorés par le Gram	
			décolorés par le Gram	

Quels sont donc aujourd'hui les caractères du gonocoque? « Le gonocoque est un petit diplocoque de généralement moins d'un μ . Il est formé de deux éléments réniformes, ou en haricot, ou en grain de café, se regardant par leur face plane, ou légèrement concave,

réunis et entourés par une gangue hyaline. Il est doué d'une mobilité complexe, mais très nette. Il ne se réunit jamais pour former des chaînettes, mais il s'agrège en amas assez caractéristiques généralement intracellulaires, parfois intercellulaires ou libres.

Le gonocoque se colore directement par les solutions aqueuses ou alcooliques des couleurs de la fuchsine. Par la méthode de Gram il se décolore, et se recolore en brun foncé si l'on fait la double coloration par la méthode de Steinschneider (différence avec : *subflavus*, *lacteus faviformis*, blanc grisâtre de Legrain, etc.) Bosc.

Certains auteurs pensent qu'il peut vivre sur gélatine, bouillon, gélose et pomme de terre. D'autres auteurs considèrent, au contraire, le fait de ne pouvoir le cultiver exclusivement que sur sérum humain, comme son principal caractère distinctif.

Inoculé à l'urètre, il détermine une urétrite caractéristique, dont le pus contient des gonocoques.

En définitive, nous pensons que le procédé rapide employé en clinique permet suffisamment d'assurer qu'on est en présence de gonocoques ou de diplocoques assez virulents pour déterminer la contamination.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

La blennorrhagie à siège urétral se rencontre très fréquemment chez la femme, et, si l'on examine attentivement l'urètre, dans tous les cas de blennorrhagie génitale, ce canal sera bien rarement trouvé indemne.

Tel est l'avis de Rollet, Guérin, Horand. « La blennorrhagie, dit ce dernier auteur, considérée chez la femme, au point de vue de ses localisations, a pour siège, par ordre de fréquence : l'urètre, le vagin, la glande de Bartholin, l'utérus et l'anus. L'examen de 483 femmes m'a donné, en effet, au point de vue du siège de la blennorrhagie, le résultat suivant :

Urètre.	140
Vagin	20
Glande de Bartholin.	15
Utérus.	6
Anus	4

Cette affection peut être primitive, c'est-à-dire être le résultat d'une inoculation directe, et cette inoculation peut avoir lieu, soit pendant le coït ; le pus est alors déposé au niveau du méat par le pénis en érection, soit par le contact d'un corps souillé, les doigts par exemple, ou un objet quelconque, une sonde, un linge, etc.

Elle peut être également secondaire ou par propagation, c'est-à-dire résulter d'une auto-inoculation. Dans ces cas-là, c'est le pus sécrété par l'utérus qui arrive au contact de l'urètre et y produit la contamination.

Quel que soit le mode étiologique qui lui ait donné naissance, « on peut distinguer trois formes cliniques de l'urétrite blennorragique : nous les appellerons formes aiguë ou douloureuse, chronique d'emblée ou indolore, latente ou insidieuse ». (E. Rollet.)

L'*urétrite aiguë* beaucoup plus rare que l'urétrite chronique, est caractérisée, au point de vue objectif, par une rougeur très vive du méat urinaire qui est boursoufflé, œdémateux. Autour de cet orifice se voient les quatre ou cinq follicules pré-urétraux qui sont saillants et surmontés d'un point blanc, lequel pressé entre le pouce et l'index laisse écouler une petite goutte de pus. Le tout est baigné par un liquide purulent jaune verdâtre.

Si, après avoir introduit le doigt dans le vagin, on exerce une pression d'arrière en avant sur le canal urétral, on le trouve moins dépressible, plus volumineux, et l'on fait sourdre au méat une nouvelle quantité de pus quelquefois teinté de sang.

Comme symptômes subjectifs, les malades accusent, le troisième ou quatrième jour après l'inoculation, une sensation de cuisson aux parties génitales, ainsi qu'une dou-

leur pendant la miction, assez vive pour leur faire reculer le plus possible l'accomplissement de ce besoin.

Ces symptômes s'accroissent pendant les quatre ou cinq jours suivants, puis disparaissent ensuite insensiblement.

Si un traitement énergique n'a pas été institué à ce moment, on voit apparaître la seconde forme.

Urétrite chronique. — Cette forme, qui est la terminaison ordinaire de toute urétrite aiguë abandonnée à elle-même, peut également s'observer comme première manifestation de l'affection blennorrhagique; et ces cas d'urétrites chroniques d'emblée sont même de beaucoup les plus fréquents.

L'urètre atteint de blennorrhagie chronique conserve le plus souvent son aspect normal. Le méat n'est ni tuméfié, ni boursoufflé comme dans l'urétrite aiguë. Et si parfois, on peut constater un épaissement de la muqueuse urétrale, ainsi que du tissu sous-jacent, on n'a le plus souvent, pour appuyer son diagnostic, qu'un seul symptôme, la goutte urétrale. Il est vrai qu'il est suffisant, car il fait rarement défaut.

Sa découverte exige cependant quelques précautions.

Si la malade a uriné peu de temps avant l'examen, par exemple, le pus a été entraîné et l'urétrite devient introuvable.

Certaines femmes qui ont intérêt à dissimuler leur affection savent, de plus, parfaitement faire disparaître la goutte révélatrice, par le même procédé qu'emploie le praticien.

Si donc, on a lieu de douter de la bonne foi de la malade, il est bon de la soumettre à une surveillance attentive pendant l'heure qui précède celle de son examen

(ce que nous avons fait chez plusieurs de nos malades dont nous rapportons l'observation).

Les symptômes subjectifs de l'urétrite chronique sont absolument nuls. Pas la moindre sensation de gêne, pas le plus petit malaise. Aussi ne faut-il pas s'étonner que des femmes manifestement atteintes de cette affection, affirment, avec la plus parfaite bonne foi, qu'elles ne sont pas malades. Le léger écoulement qu'elles présentent et qui tache leur linge est toujours attribué, à juste titre, par ces malades à de la leucorrhée banale.

Cette forme d'urétrite peut durer indéfiniment, et des faits de contagion survenus après plusieurs années (trois ans dans le cas de Guérin, six ans dans celui de Morel-Lavallée), sont venus démontrer que le temps peut ne pas atténuer la virulence de ces écoulements, qui restent ignorés ou ne sont révélés que par une contamination ou des complications.

On peut quelquefois observer dans le cours de cette affection des poussées inflammatoires du côté de la muqueuse urétrale. A la marche chronique se substitue alors momentanément une marche aiguë ou subaiguë, et ceci sous l'influence d'excitations d'ordre variable, excès vénériens ou alcooliques, traumatismes. La période menstruelle a de plus une action manifeste sur la maladie. C'est ainsi que chez certaines femmes, à cette époque, l'écoulement urétral augmente, ou même réapparaît, alors même qu'il avait disparu depuis plusieurs jours, sous l'influence d'un traitement approprié.

Ces faits peuvent être expliqués par les recherches de Monod, Boissard, Gillette, qui jadis ont bien démontré que la congestion physiologique de l'utérus se transmettait

très facilement au bas-fond vésical et à l'urètre, ce qui s'explique par leurs connexions vasculaires, d'où une véritable solidarité physiologique. « Il suffit, dit Guyon, d'interroger un certain nombre de femmes prises au hasard, sur la sensation qu'elles éprouvent du côté de la miction, à chaque période menstruelle, pour apprendre que les envies d'uriner sont notablement plus fréquentes et parfois même légèrement douloureuses. Chez quelques-unes ces phénomènes sont précurseurs et annoncent la prochaine apparition des règles. »

Nous pensons donc que l'on ne peut conclure à la guérison complète d'une urétrite blennorragique, avant la prochaine période menstruelle. Mais alors, l'absence d'écoulement après cette époque devient le critérium absolu de la guérison. (Voir nos observations.)

Urétrite latente. — Dans cette forme, on ne remarque plus alors le moindre symptôme morbide; ou parfois, si l'attention est éveillée, du côté de l'urètre par la transmission de l'infection blennorragique à des organes « partenaires », ce n'est souvent qu'après plusieurs examens attentifs, que l'on parvient à découvrir, dans un repli de la muqueuse urétrale, un follicule enflammé qui peut être incriminé.

Urétrite proliférante. — Cette forme qu'il nous reste encore à signaler comme étant souvent la conséquence de l'inflammation blennorragique chronique, est caractérisée, comme son nom l'indique, par une prolifération du tissu papillaire et péripapillaire. Sous l'influence de l'irritation chronique, il se produit dans le canal de l'urètre des fongosités, de véritables papillomes.

Et cette forme, en raison des anfractuosités (nids à

gonocoques) auxquelles donnent lieu ces productions pathologiques, est particulièrement rebelle aux agents thérapeutiques.

Comme faisant partie du cortège symptomatique de l'urétrite blennorragique, nous devons signaler l'inflammation des follicules intra-urétraux et pré-urétraux.

Ces follicules, qui ont plusieurs millimètres de profondeur et quelquefois davantage (2 centimètres pour les pré-urétraux), participent en effet le plus souvent au processus blennorragique. Ils deviennent alors des repères, où les gonocoques vont se cantonner, et d'où il est parfois très difficile de les déloger.

On observe quelquefois l'urétrite comme seule manifestation de la blennorragie; mais fréquemment, il y a urétrite et salpingite concomitantes. Souvent aussi, on peut constater qu'il y a vulvo-vaginite (non gonococcienne d'après Bumm, Eraud), mais due, croyons-nous, aux nombreux saprophytes du vagin, qui entrent en virulence.

CHAPITRE III

Pronostic.

L'urétrite blennorragique ne présente par elle-même aucune espèce de gravité chez la femme. On n'observe guère en effet chez cette dernière ces rétrécissements¹, cause si fréquente chez l'homme de complications vésicales et rénales.

Mais en revanche, chez la femme, en vertu de la disposition anatomique de ces organes génitaux, la blennorragie reste rarement localisée à l'urètre.

Abandonnée sans traitement, elle ne tarde pas, surtout si elle est aiguë, à envahir successivement les follicules vulvaires, l'utérus, à se généraliser en un mot à toute la muqueuse génitale, et exposer ainsi la malade aux nombreuses complications qui peuvent survenir du côté des annexes, accidents qui sont toujours d'une gravité extrême, soit par le fait même des lésions, parfois irré-

¹ Étudiés récemment par Genouville.

parables, qu'ils entraînent dans ces organes, soit en raison des rapports de ceux-ci avec la séreuse péritonéale.

Les trompes, en effet, envahies par l'infection blennorragique vont devenir le siège de douleurs intolérables, pendant la période menstruelle, douleurs dues parfois à leur oblitération par tuméfaction des parois.

Cette salpingite va de plus déterminer une inflammation du péritoine péri-salpingien, inflammation qui aura pour résultat la formation d'adhérences, qui auront elles-mêmes comme conséquence inévitable la destruction des rapports de la trompe avec l'ovaire.

De la situation vicieuse de ces organes va naître une entrave à la fécondation, qui entraînera par suite une stérilité définitive.

« Et l'on ne saurait trop insister, dit Verchère, dans son remarquable traité, sur cette cause de stérilité, qu désespère les jeunes femmes si désireuses de devenir mères et contre laquelle viennent échouer tous les traitements. »

Nombreuses sont les femmes, d'après le même auteur qui doivent à une urétrite ancienne de leur mari la salpingite qui les a rendues stériles.

La maladie peut en rester là, et cet état persiste alors indéfiniment.

Mais il arrive fréquemment que l'affection continue sa marche ascendante, et le jour où la malade s'y attendra le moins, à l'occasion d'un excès, d'une fatigue, ou de la simple apparition des règles, vont éclater brusquement les terribles symptômes de la pelvipéritonite.

A partir de ce moment, sa santé est définitivement compromise. Si la mort n'est pas le résultat immédiat de

l'invasion du péritoine, les symptômes aigus vont diminuer peu à peu, mais ne disparaîtront jamais complètement.

Cette malade devient dès lors, et restera une véritable infirme. La marche lui devenant bientôt impossible, elle sera désormais condamnée à un repos absolu, au lit, jusqu'au jour où exténuée, épuisée, désespérée, elle aura recours au chirurgien qui, au prix du sacrifice des trompes, des ovaires, de l'utérus même, lui rendra peut-être alors l'existence supportable.

La blennorragie de la femme est donc une affection excessivement grave, soit en raison de l'impossibilité absolue où elle la met de se livrer à un travail pénible, quand sa position sociale lui en fait un devoir ou une nécessité, soit par la stérilité définitive qu'elle peut provoquer. Et à ce dernier point de vue, nous ne craignons pas de le dire, elle est bien plus grave que la syphilis, car, si elle n'entraîne pas autant d'avortements que cette dernière, en entravant la fécondation, elle contribue encore davantage à la dépopulation.

Nous n'insisterons pas sur les autres complications à distance nombreuses et variées qui peuvent également résulter de cette maladie pour les deux sexes.

Il ressort suffisamment de ces quelques considérations sur le pronostic de la blennorragie chez la femme, qu'il est de la plus haute importance de traiter cette affection dès ses premières manifestations. Celles-ci s'observant le plus fréquemment du côté de l'urètre, on devra donc, au premier soupçon d'une infection blennorragique, examiner ce canal avec la plus scrupuleuse attention, et ne pas hésiter à procéder immédiatement, s'il y a lieu, à l'institution d'un traitement énergique.

Le traitement s'impose donc dans l'urétrite blennorragique, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente : 1° à cause des complications possibles et presque fatales que nous venons d'exposer, et en outre ; 2° parce que « traiter une métrite blennorragique sans traiter les nids à gonocoques intra- ou pré-urétraux, c'est s'exposer à tourner dans un cercle vicieux, l'urétrite non guérie pouvant à nouveau engendrer la métrite par infection ascendante » (Et. Rollet) ; 3° enfin, pour tarir une source de contagion.

CHAPIVRE IV

Diagnostic et Prophylaxie.

URÉTRITES SIMPLES ET URÉTRITES BLENNORRAGIQUES

Nous devons nous demander si toute goutte urétrale indique une urétrite blennorragique.

De même que chez l'homme, il existe des urétrites non blennorragiques, c'est-à-dire non gonococciennes, de même chez la femme urétrite n'est pas synonyme de blennorragie.

La recherche clinique, par le procédé rapide que nous avons exposé, nous indiquera s'il y a urétrite à gonocoques ou tout au moins à diplocoques virulents. La présence des gonocoques, autour ou surtout à l'intérieur des globules de pus, nous montrera qu'il faut traiter activement et hâtivement cette infection blennorragique, et dictera, au médecin chargé d'une visite sanitaire, sa conduite, c'est-à-dire : hospitalisation de la femme malade.

Le microscope, grâce à la constatation faite de la présence des gonocoques, permet d'établir, surtout s'ils sont nombreux, qu'il y a blennorragie, que la fille est dangereuse et doit être arrêtée.

Mais, s'il y a goutte urétrale sans gonocoques, y a-t-il vraiment absence de contamination possible, la fille examinée, malgré une grosse goutte de pus dans l'urètre, doit-elle être déclarée saine ?

Dans le tiers environ des cas, suivant les auteurs, on ne trouve pas de gonocoques dans le pus urétral. Cette urétrite, n'est-elle point contagieuse, quoique non blennorragique en apparence ?

Nous pensons que l'axiome suivant est vrai dans ce cas : un examen négatif ne prouve ni n'infirmes rien. S'il n'y a pas de gonocoques dans une ou plusieurs préparations, il peut y avoir cependant urétrite contagieuse.

Il peut ne pas se présenter de gonocoques dans le pus ; ces microorganismes peuvent, en effet, rester un certain temps enfouis dans les profondeurs de l'épithélium ou des glandes, et sortir seulement de ces culs-de-sac pendant les rapports, au moment de la turgescence de la muqueuse urétrale et de la sécrétion glandulaire.

Nous avons signalé l'apparition des gonocoques au moment des règles, et leur disparition pendant la période intermenstruelle ; il en est sans doute de même pour le coït.

Nous n'avons pas, chez la femme, d'éléments symptomatologiques (douleurs vives, inflammation, durée), qui nous permettent de faire, comme chez l'homme, dans certains cas, le diagnostic clinique d'urétrite à gonocoques ou d'urétrite légère (blennorroïde).

L'injection révélatrice de nitrate d'argent (Neisser), très usitée chez l'homme pour assurer la guérison, pourrait rendre service, à ce propos, chez la femme.

L'examen microscopique du pus peut donc conférer une sûreté trompeuse. Boisleux, à propos des annexites blennorragiques, n'a-t-il point montré que le pus peut être stérile, et la paroi de l'abcès contenir les microorganismes?

Chez l'homme, dans l'urétrite postérieure de nature blennorragique, n'est-il point généralement très difficile de déceler le gonocoque? Et la blennorrhée du mari n'infecte-t-elle pas souvent la jeune femme? Ne doit-on point interdire le mariage à un homme atteint de goutte militaire sans gonocoque?

Nous ne pouvons donc souscrire, pour notre part, à la conclusion suivante, émise récemment dans un très intéressant et très documenté mémoire par M. Carry, médecin du service sanitaire de Lyon : « Aucune fille ne doit être envoyée à l'hôpital pour un écoulement génital, sans qu'on y ait constaté la présence du gonocoque de Neisser. »

Chez une fille arrêtée par la police, une urétrite a beaucoup de chances, pensons-nous, d'être contagieuse, quoique ne renfermant pas, à une première visite, de gonocoques. C'est peut-être ce qui explique que sur vingt-six filles dénoncées, M. Carry n'en a reconnu que dix malades.

Du reste, ce pus urétral féminin, en admettant qu'il soit absolument dépourvu de gonocoques, peut communiquer à un homme une urétrite, qui, pour ne pas être gonococcienne, sera bactérienne, saprophytique pseudo-

gonococcienne et pourra se compliquer, ainsi qu'il est démontré, de cystite et d'épididymite.

Il y a donc des cas dans lesquels le microscope doit s'incliner devant la clinique,

Nous considérons comme toujours acceptables et très sages les conclusions suivantes énoncées par le professeur J. Rollet dans son *Traité* en 1865 : « La prudence veut que toute suppuration des organes génitaux soit envisagée lorsqu'on se place au point de vue de l'hygiène, comme susceptible de se communiquer, ou au moins d'engendrer divers degrés d'inflammation dont il n'est jamais bon de se rendre cause. En supposant qu'un écoulement ne soit pas manifestement contagieux, on devra néanmoins prescrire au malade de se comporter comme s'il l'était. »

Et nous concluons avec Verchère : « La blennorrhagie devrait être considérée pour les filles comme aussi dangereuse que la syphilis. On ne devrait plus la considérer comme une affection sans importance, et toute *urétrite* devrait être tout aussi sévèrement recherchée que la plus sérieuse des syphilis. »

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement comprend deux ordres de médications : interne et externe.

TRAITEMENT INTERNE

Le traitement interne, dans l'urétrite blennorragique de la femme, ne semble pas avoir produit de bien beaux résultats. Les balsamiques, qui ont joui pendant si longtemps d'une si grande vogue dans le traitement de l'urétrite chez l'homme, ont échoué chez la femme.

Quant aux boissons émollientes, aux décoctions mucilagineuses, que l'on peut prescrire comme traitement adjuvant, si elles ont produit quelque amélioration, ce n'est pas aux principes contenus dans les racines de guimauve ou de nénuphar, dans les feuilles de pariétaire ou de cynoglosse, qu'on doit attribuer ces résultats ; mais bien à la

quantité d'eau qui entre dans ces préparations et qui, s'éliminant pour la plus grande partie par la vessie, opère en quelque sorte le lavage de l'urètre.

Leur action est donc plutôt mécanique que médicamenteuse.

Les antiseptiques, également employés, à l'extérieur n'ont produit aucun résultat. C'est ainsi que Verchère a donné pendant un temps assez prolongé 2 grammes de salol par jour à toutes ces malades, sans pouvoir obtenir de modification avantageuse de l'écoulement.

Signalons aussi l'essai, fait par M. Richard, du bleu de méthylène, à l'intérieur, sous forme de cachets et à la dose de 0^{gr},50 à 1 gramme par jour.

Cet agent thérapeutique, très difficilement supporté par les malades, ne semble pas avoir produit non plus de résultats bien satisfaisants.

TRAITEMENT EXTERNE

Le traitement de l'urétrite blennorragique par application directe sur la muqueuse urétrale des agents thérapeutiques, remonte à une époque très éloignée.

Mais ce genre de traitement n'est sorti de l'ornière de l'empirisme où il était alors, pour entrer dans une voie vraiment scientifique, que le jour où la spécificité de cette affection fut nettement démontrée.

Lorsqu'il fut incontestable, en effet, qu'il existait un microorganisme, cause efficiente du mal, on se mit à la recherche de substances capables d'en débarrasser l'organisme, soit en s'attaquant directement au parasite lui-

même, soit, agissant alors par des moyens détournés, en modifiant son terrain de culture ou bien encore en provoquant l'élimination des cellules qui le renferment.

C'est ainsi qu'ont été tour à tour employés, et sous les formes les plus diverses, les antiseptiques, les astringents et les caustiques (insufflations pulvérulentes, topique, solides, instillations, badigeonnages, injections.)

Quelques cas rebelles nécessitant enfin une intervention plus sérieuse, on a pratiqué également le curettage de l'urètre, et la cautérisation au thermo-cautère des follicules intra ou pré-urétraux.

Voyons quels résultats ont donnés ces divers agents.

Le *sublimé*, l'antiseptique par excellence, a naturellement été employé un des premiers; mais les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur son efficacité. C'est ainsi que Dujardin-Beaumetz, Fournier, du Castel, lui contestent toute valeur. Ce dernier auteur, dans une leçon récente faite à l'hôpital du Midi, parlant des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie, s'exprime ainsi : « Habituellement, après avoir amené une diminution rapide de l'écoulement et une modification marquée de sa nature, ces injections semblent avoir épuisé tout leur effet utile et être incapables de conduire la maladie à une guérison complète. »

Entre les mains de Martineau, Guyon, Verchère, au contraire, ce médicament employé, soit en injection, soit en suppositoire, dans l'urètre, paraît avoir produit d'assez bons résultats. Quelquefois, la durée du traitement est de plus de deux mois (Verchère).

L'acide phénique, l'acide borique, ou le coaltar n'ont

pas produit de meilleurs effets que l'antipyrine, le chloral, ou le sulfocarboul, essayés dans le même but.

Le sulfate de quinine en injection semble avoir produit des résultats satisfaisants; mais, vu le prix élevé de ce médicament, il n'est pas resté dans la pratique, étant donné surtout que les mêmes effets sont obtenus facilement par des produits beaucoup moins chers.

Les astringents, le tanin surtout, le sous-acétate de plomb, ou le sulfate de zinc comptent quelques succès à leur actif.

Nous en dirons autant de la résorcine, de l'ichthyol, ou de l'eau oxygénée.

L'iodoforme essayé, en injection, dans un mélange de glycérine et d'eau distillée, ou employé sous forme de crayon, n'a amené aucun résultat.

Il nous reste à parler de deux médicaments qui paraissent aujourd'hui réunir tous les suffrages : le permanganate de potasse et le nitrate d'argent.

Le *permanganate de potasse*, préconisé surtout dans ces dernières années par Janet, a une action manifeste sur le microorganisme de la blennorrhagie. Ne jouissant que d'un pouvoir antiseptique faible, ce n'est pas en s'attaquant directement au gonocoque qu'il exerce une heureuse influence sur la marche de cette affection, mais bien en provoquant une abondante exsudation de sérosité et de sécrétion glandulaire qui agit, probablement alors, par la modification profonde qu'elle apporte au milieu de culture urétrale, et par le balayage qu'elle détermine.

Les gonocoques disparaissent rapidement de l'urètre à la suite de ce traitement, mais alors on peut constater, et

ceci n'est pas un minime inconvénient, que « la muqueuse, ainsi débarrassée des gonocoques, s'infecte, avec une facilité extraordinaire, de bactéries ou d'autres coques que le gonocoque. L'urètre est donc, pendant le traitement au permanganate et par le fait même de ce traitement, mis dans un état extraordinaire de réceptivité. Cet état est évidemment dû à la sécrétion séreuse qui humecte perpétuellement l'urètre et le méat, ce qui constitue un excellent milieu de culture pour les microbes autres que le gonocoque. » (Janet).

Ce traitement présente en outre l'inconvénient d'être parfois très douloureux. On a accusé également les solutions de permanganate, même très étendues 1/2000, injectées dans la vessie, d'y provoquer des phénomènes de cystite.

Nitrate d'argent. — La substance qui a été de tout temps, et, à si juste raison, défendue, est l'azotate d'argent.

Employé sous forme d'instillation en solution à 1/10 ou 1/20, on s'en est également servi pour l'écouvillonnage du canal en solution un peu plus étendues. Mais, c'est sous la forme de crayon pur ou mitigé que ce sel est le plus couramment employé.

C'est un caustique énergique, un modificateur puissant de la muqueuse urétrale. Après deux ou trois cautérisations, on constate que les parois mêmes de l'urètre profondément modifiées dans leur structure augmentent de volume, de consistance, adhèrent intimement à la muqueuse qui devient elle-même lisse et s'amincit. La guérison a lieu, dans ces cas, au prix de la transformation fibreuse des parois urétrales.

C'est, en somme, un traitement auquel on pourra recou-

rir dans le cas où les malades, manifestant le désir d'être guéris promptement, ne reculeront pas devant les souffrances très vives auxquelles donne lieu l'emploi de ce moyen.

Nous rapportons plus loin l'observation d'une malade qui, traitée et guérie jadis par le nitrate d'argent, demanda à M. Cuilleret un traitement moins douloureux.

Quelle que soit la forme, en effet, sous laquelle cet argent thérapeutique est employé, il entraîne toujours, après son application à doses élevées, de violentes douleurs, soit spontanées, soit au moment de la miction. On observe aussi fréquemment, à la suite de ces cautérisations, des rétentions d'urine qui durent parfois plusieurs jours.

Nous allons maintenant passer à l'étude du gallobromol, médicament nouveau, récemment expérimenté dans l'urétrite blennorragique chez l'homme, où il a produit les résultats les plus satisfaisants, et dont nous-même avons pu constater les heureux effets dans le traitement de la blennorragie urétrale de la femme.

Le Gallobromol. — L'étude très complète qui a été faite dans la thèse de Quilly, sur les propriétés chimiques, toxicologiques et antiseptiques de ce médicament, nous dispensera de nous étendre longuement sur ce sujet.

Le gallobromol ou acide dibromogallique, étudié tout récemment par M. le professeur Cazeneuve, a pour formule $C^6 Br^2 (OH^3) COOH$. Il se présente sous l'aspect de petites aiguilles blanches, souvent un peu jaunes, grisâtres par altération.

Très soluble dans l'éther, l'alcool et l'eau bouillante, il l'est beaucoup moins dans l'eau froide. 100 centimètres

cubes d'eau à 15 degrés en dissolvent seulement 12 grammes, alors que la même quantité à 100 degrés en dissout 200 grammes.

C'est un corps peu stable, du moins en solution. Il s'altère à la lumière, de même qu'en présence de l'oxygène. Exposé à l'un de ces agents, il jaunit, brunit, et finit par noircir complètement.

Il est encore altéré par les alcalis, en solution même très étendue, qui le colorent en rose.

Il est donc indispensable de ne faire ses solutions qu'au moment du besoin, et de ne les faire que dans l'eau distillée.

Il doit, en outre, à l'acide pyrogallique qui entre dans sa composition, l'inconvénient qu'il présente, de noircir les instruments en acier.

Renfermant trois OH phénoliques, comme l'acide pyrogallique, c'est par suite un médicament réducteur, doué également de propriétés antiseptiques. Les deux atomes de brome qui entrent dans sa composition, en font un sédatif.

Il résulte des recherches faites par M. Quilly sur son pouvoir antiseptique, que le gallobromol en excès arrête complètement la vitalité des microorganismes. Il en est de même pour ses solutions au 1/100 ; il y a à faire exception pour l'*aureus* qui semble pouvoir se développer dans ces dernières.

ACTION PHYSIOLOGIQUE. — *A l'intérieur.* — Il ressort de l'étude faite par M. le professeur Lépine sur la toxicité et l'action thérapeutique du gallobromol, que c'est un médicament non toxique. Il peut être prescrit sans danger à

l'intérieur, aux doses de 12 à 14 grammes. Administré par voie stomacale, il semble avoir une action analogue à celle du bromure de potassium.

A l'extérieur. — D'après nos constatations, employé sur la peau intacte, le gallobromol ne paraît pas avoir d'action bien appréciable.

Sur les muqueuses, au contraire, son application en solution même étendue, 1/25, produit une coloration blanche, analogue à celle à laquelle donne lieu le nitrate d'argent. Cette coloration est probablement due à la coagulation de l'albumine.

La surface muqueuse qui a subi le contact de ce médicament, que ce soit la muqueuse buccale, vaginale ou urétrale, ne tarde pas à se flétrir et à se mortifier. Cette mortification a lieu sur une épaisseur variable, naturellement, suivant le degré de concentration de la solution employée, et surtout la durée du contact.

Celle qui résulte de l'application en badigeonnages lents d'une solution au 1/10, s'effectue toujours sans provoquer la moindre douleur; et la couche épithéliale ainsi desquamée, qui possède alors l'épaisseur d'une mince feuille de papier blanc, se détachant bientôt des parties sous-jacentes, est éliminée au bout de vingt-quatre heures sous forme de plusieurs vastes lambeaux ou quelquefois d'un seul¹.

¹ Il nous est arrivé quelquefois, après une irrigation vaginale avec la solution à 1/25, de pouvoir retirer, en prenant quelques précautions, un manchon formé de la totalité de la muqueuse vaginale.

Elle laisse après son élimination une surface d'une coloration un peu plus rouge que la muqueuse normale, mais qui n'est pas plus sensible que cette dernière.

Si l'on agit avec la même solution sur une muqueuse enflammée, l'effet est encore plus net ; la coloration blanche du début est beaucoup plus accentuée, et est plus rapidement suivie de l'élimination de la muqueuse mortifiée. Celle-ci laisse alors après elle une surface moins sensible et moins colorée qu'avant l'application.

Sur une plaie suppurante, le gallobromol produit la coagulation du pus. Il coagule également les sécrétions de de toute ulcération, quelle qu'en soit la nature.

Une solution, même étendue de cet acide, mise en contact avec la glaire utérine normale, la transforme immédiatement en un coagulum blanchâtre.

Il paraît, en outre, doué de propriétés anesthésiques locales, mais qui nécessitent, pour se manifester, l'action lente du médicament. C'est ainsi qu'employé pur, sous forme de crayon, dans l'urétrite, il agira très rapidement en provoquant des phénomènes douloureux, alors qu'employé sous forme de crayon mitigé il produira *les mêmes effets*, plus lentement il est vrai, mais cette fois sans provoquer la moindre souffrance.

Cette courte étude sur l'action du gallobromol est suffisante pour montrer que ce médicament méritait, à plus d'un titre, d'être employé dans le traitement de la blennorragie.

Joignant à son pouvoir antiseptique, la propriété de pouvoir provoquer sans réaction douloureuse une desquamation épithéliale intense, il était à prévoir qu'en détruisant ainsi la barrière qui interdit l'accès des couches

profondes aux agents antiseptiques ordinaires, il aurait une action beaucoup plus puissante que ces derniers.

Il pourra donc être employé fructueusement dans les cas où la blennorrhagie est installée déjà depuis longtemps, et où, par conséquent, la muqueuse et les glandes urétrales sont envahies par l'infection gonococcienne.

Nous croyons, en outre, que le gallobromol a une action semblable à celle du nitrate d'argent signalée par Finger (*Congrès de Vienne*, 1892).

Cet auteur a montré que l'action du nitrate d'argent est fondée sur la coagulation de l'albumine, des cellules et des bactéries, et que la rapidité de cette action dépend de la profondeur à laquelle l'agent pénètre. Il a vu par des expériences : que la solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 pénètre profondément, une solution à 5 pour 100 moins et qu'une solution à 1/2 pour 100 ne dépasse pas les couches supérieures de l'épithélium. Il en est sans doute de même pour les différentes solutions de gallobromol que nous avons employées.

Mode d'emploi. — Si chez l'homme l'exquise sensibilité de la muqueuse de l'urètre postérieur vient opposer un obstacle à l'emploi des solutions concentrées de gallobromol, il n'en est pas de même chez la femme. Chez cette dernière, l'urètre ne possédant qu'une sensibilité très obtuse, on peut sans inconvénient employer dès le début des solutions concentrées pour le lavage de ce canal, en prenant toutefois les précautions usitées pour empêcher la pénétration du liquide dans la vessie : c'est ainsi que l'on pourra faire usage de la sonde urétrale à jets latéraux d'Etienne Rollet ¹.

¹ « Cette sonde métallique répond au n° 17 ; elle se termine par

Nous avons souvent pu, au moyen de cette sonde, faire passer dans l'urètre 100 grammes d'une solution de gallobromol à un sur cinq, sans provoquer la moindre douleur.

Pour les lavages vésicaux, nous croyons prudent de ne faire usage que de la solution au 1/20 ou 1/25.

Les crayons mitigés, contenant 50 centigrammes de gallobromol, constituent un excellent mode d'emploi de ce médicament.

Le gallobromol pur, que nous avons également essayé sous forme de crayon laissé quelques minutes dans l'urètre, a l'inconvénient de provoquer quelques douleurs.

Bien qu'elles ne soient en rien comparables à celles provoquées par le nitrate d'argent ou même le permanganate de potasse, il convient peut-être de restreindre l'emploi du gallobromol sous cette forme, étant donné surtout, qu'on peut obtenir les mêmes résultats sans douleurs avec les crayons mitigés.

Après avoir successivement essayé plusieurs façons de procéder dans l'administration de cet agent thérapeutique, nous nous sommes définitivement arrêté à la manière de faire suivante :

Manuel opératoire. — La malade se trouvant sur la table à spéculum, on constate d'abord la présence ou l'absence de la goutte urétrale, puis on l'invite à uriner. On évite ainsi de diluer la solution de gallobromol qui va

un bout conique n° 21, et en avant, dans une étendue de 25 millimètres, elle est largement fenestrée ; on fait pénétrer la sonde enduite d'huile salolée dans la vessie, on la ramène doucement au col vésical dont le bout conique plein obliterera l'orifice. » (*Progrès médical*, 20 mai 1893.)

servir au lavage vésical. La miction présente, en outre, l'avantage de balayer le pus que peut contenir l'urètre et qui serait infailliblement poussé par la sonde dans la vessie. Elle permet, en outre, de constater si la malade a bien suivi la recommandation qu'on lui a faite, de ne pas uriner pendant les deux heures qui précèdent la visite, point qui a également son importance.

On procède alors au lavage vésical avec la solution de gallobromol au 1/25.

Ce lavage se fait à l'aide d'un siphon ordinaire, muni d'un tube en caoutchouc de 2 mètres, pouvant s'adapter à une sonde de petit calibre d'homme ou de femme, peu importe.

Cette sonde étant introduite dans la vessie, on laisse pénétrer le liquide qui en distend les parois, et détermine bientôt l'envie d'uriner, besoin que la malade peut immédiatement satisfaire sans qu'on soit obligé de retirer la sonde, grâce au petit calibre de celle-ci.

Le liquide, sortant alors entre les parois urétrales et celles de la sonde, produit une irrigation continue du canal de l'urètre.

On fait immédiatement suivre ce lavage, de l'écouvillonnage de l'urètre avec la solution au 1/5, ou mieux, de l'application d'un crayon mitigé de gallobromol, qu'on laisse alors dans le canal deux ou trois heures.

L'écouvillonnage se fait au moyen d'une tige portetopique entourée de coton largement imbibé de la solution au 1/5. L'introduction de cet instrument dans l'urètre est assez facile, si l'on a soin d'en écarter préalablement les parois avec une pince hémostatique.

Cet écouvillon une fois introduit, on lui imprime des

mouvements de rotation et de va-et-vient, de façon à déplier les replis urétraux, et faciliter ainsi le contact intime du gallobromol avec toutes les parties des parois.

Cette petite opération ne se fait pas sans provoquer quelques douleurs ; aussi, pourra-t-on remplacer avantageusement cet écouvillonnage par la simple application d'un crayon mitigé dans l'urètre. Il faudra alors prendre la précaution pour maintenir le crayon dans ce canal, de placer entre les grandes lèvres un tampon de coton qui sera lui-même maintenu par un bandage en T. Sans cette précaution, le crayon sera expulsé au moindre effort, au plus petit accès de toux.

Dans les cas où les malades indociles ne voudront pas le supporter pendant deux heures, on pourra avoir recours au crayon pur, qu'on ne laissera alors qu'une minute ou deux, ou bien encore au lavage urétral avec la solution forte, au moyen de la sonde dont nous avons donné la description.

Nous pouvons donc résumer ainsi le traitement de l'urétrite blennorragique chez la femme par le gallobromol.

1° Lavage vésical avec la solution au 1/20. Cinq cents grammes de liquide à peu près doivent être employés pour ce lavage. (On peut, sans inconvénient, en laisser une centaine de grammes dans la vessie.)

2° Écouvillonnage de l'urètre avec la solution au 1/5, ou mieux application d'un crayon mitigé qu'on laisse alors deux ou trois heures.

Si l'urètre est seul atteint, introduction pendant toute la durée du traitement, d'un tampon de gaze iodoformée dans le vagin, pour prévenir autant que possible la propagation de l'infection à l'utérus.

Dans le cas contraire, traitement simultané des autres localisations par le gallobromol qui produira toujours, surtout dans la vaginite, les plus remarquables résultats.

Traiter hâtivement pour obtenir un succès rapide.

Ne pas interrompre le traitement, ce qui, croyons nous, a été la cause de la lenteur de la guérison dans quelques cas.

Institué de cette façon, le traitement par le gallobromol amènera très rapidement, comme on peut le voir dans nos observations, une heureuse modification dans la nature de l'écoulement. Quatre ou cinq jours suffisent, en général, pour transformer la goutte urétrale.

Dejaune verdâtre qu'elle était, celle-ci prend alors un aspect lactescent et devient moins épaisse.

Elle diminue insensiblement jusqu'à sa disparition complète qui arrive au bout d'une dizaine de jours dans les cas heureux.

On peut encore plus nettement, suivre sous le champ du microscope, le processus de guérison.

Dès le second jour du traitement, on constate la disparition de la plus grande partie des bactéries et coques de toutes sortes qui encombraient, la veille, la préparation. Les gonocoques s'aperçoivent alors nettement. Le troisième jour, le nombre de ceux-ci a déjà sensiblement diminué. Du cinquième au sixième jour, ils disparaissent tout à fait. L'écoulement est alors formé, en majeure partie, de cellules épithéliales et de quelques globules purulents. Les globules du pus ne tardant pas à disparaître, la légère goutte qui persiste alors encore quelques jours, n'est plus formée que de débris épithéliaux.

Comparaison des résultats obtenus par le gallobromol et d'autres agents chimiques.

Avant d'exposer les résultats que nous avons obtenus par l'emploi du gallobromol, nous citerons d'abord une série d'observations dans lesquelles l'urétrite a été traitée par les agents les plus couramment employés aujourd'hui; le sublimé, le permanganate de potasse et le nitrate d'argent.

Nous donnerons seulement un résumé de ces observations que l'on trouvera rapportées *in extenso* dans la thèse toute récente de Prigent. (Cet auteur n'a jamais noté la recherche des gonocoques).

Observations.

I. Urétrites traitées par le sublimé.

OBSERVATION I

Meg., Louise, dix-neuf ans, fille insoumise.

19 mai. — Injection de sublimé avec solution au 1/2000. 2 injections par jour.

2 août. — L'écoulement a cessé.

5 août. — La malade est mise *exeat*; guérison en soixante-treize jours.

OBSERVATION II

C..., Angèle, vingt ans, fille insoumise.

8 juin. — Injection au sublimé 1/20000. 2 injections par jour.

28 juin. — Plus trace d'écoulement; guérison en vingt jours.

OBSERVATION III

R..., Léonie, dix-neuf ans, insoumise.

28 mai. — Première injection de sublimé 1/2000. 2 injections par jour.

26 juillet. — L'écoulement persistant, on fait des injections au 1/100.

20 août. — La malade sort sans être guérie, après trois mois de traitement.

OBSERVATION IV

G..., Eugénie, vingt-huit ans, insoumise.

5 avril. — Première injection, injection de sublimé 1/3000. 2 injections par jour.

16 mai. — Plus trace d'écoulement; guérison en trente-deux jours.

OBSERVATION V

B..., Marguerite, dix-neuf ans, insoumise.

16 mars. — Première injection de sublimé 1/3000, 2 par jour.

12 avril. — L'écoulement a complètement disparu; la malade sort; guérison en vingt-huit jours.

II. Urétrites traitées par le permanganate de potasse.

OBSERVATION I

C..., Amélie, vingt et un ans, fille publique.

7 juillet. — Première injection au permanganate 1/250; 2 par jour.

23 juillet. — Plus trace d'écoulement; guérison en dix-sept jours.

OBSERVATION II

P..., Lucie, insoumise.

10 juillet. — Première injection de permanganate à 1/500, 2 par jour.

26 juillet. — Plus d'écoulement; la malade sort; guérison en seize jours.

OBSERVATION III

M..., Marie, vingt-trois ans, insoumise.

5 août. — On commence les injections de permanganate à $1/250$; 2 par jour.

16 août. — Guérison.

20 août. — *Exeat*; guérison en onze jours.

OBSERVATION IV

B..., Marguerite, dix-neuf ans, insoumise.

3 octobre. — Première injection de permanganate à $1/250$; 2 par jour.

25 octobre. — La malade sort guérie; guérison obtenue en vingt-deux jours.

OBSERVATION V

C..., Angèle, dix-sept ans, insoumise.

7 juin. — Première injection de permanganate de potasse à $1/250$: 2 par jour.

26 juillet. — L'écoulement a complètement disparu.

2 août. — La malade sort; guérison en quarante-neuf jours.

III. Urétrites traitées par le nitrate d'argent

OBSERVATION I

Bon..., Annette.

20 septembre. — Première injection de nitrate d'argent en solution au $1/100$; 2 par jour.

15 octobre. — Plus trace d'écoulement.

18 octobre. — La malade sort; guérison en vingt-cinq jours.

OBSERVATION II

G..., Victorine, dix-neuf ans, insoumise.

7 juillet. — Première injection de nitrate d'argent en solution au 1/200 ; 2 par jour.

16 juillet. — Plus trace d'écoulement.

6 août. — La guérison est confirmée ; guérison en neuf jours.

OBSERVATION III

R.... Amélie, vingt-trois ans, fille publique.

5 septembre. — Première injection de nitrate d'argent au 1/200 ; 2 injections par jour.

27 septembre. — Guérison ; obtenue en vingt-deux jours par conséquent.

OBSERVATION IV

Ben..., Élise, dix-huit ans, insoumise.

28 juillet. — Première injection de nitrate d'argent au 1/200 ; 2 par jour.

20 août. — L'écoulement a disparu.

23 août. — La malade sort ; guérison en vingt-neuf jours.

OBSERVATION V

D..., Marie, vingt ans, insoumise.

29 août. — Injection avec nitrate d'argent en solution, 1 gramme 50/200.

20 septembre. — Plus trace d'écoulement ; guérison en vingt-trois jours.

Observations

*De toutes les malades qu'il nous a été donné de traiter
par le gallobromol.*

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le D^r Cuilleret, chef de clinique
à l'Antiquaille.

Urétrite gonococcienne, guérison en onze jours.

M^{me} X..., artiste.

Aucun antécédent pathologique grave; bonne santé habituelle, pas de grossesse, ni de fausse couche; pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

La malade a eu une chaudepisse, il y a deux ans, de laquelle elle a été rapidement guérie par deux attouchements du canal avec le crayon de nitrate d'argent.

L'affection, traitée le cinquième jour après son apparition; avait complètement disparu six jours après le début du traitement.

Depuis lors, la malade n'a plus rien ressenti.

Dernières règles, il y a huit jours (normales, trois jours), rien à la suite.

Cette femme, qui vit régulièrement avec son amant depuis un an, affirme n'avoir eu de rapports qu'avec ce dernier, depuis cette époque, jusqu'à la fin d'octobre.

En octobre dernier, le samedi 28, elle eut avec un de ses anciens amants, alors de passage à Lyon, trois rapports sexuels, pendant la nuit du 28 au 29.

La malade, d'une propreté méticuleuse, fit après chaque coït des irrigations abondantes.

Rien d'anormal les trois jours suivants, mais le matin du quatrième jour, c'est-à-dire le jeudi 2 novembre, elle ressentit aux parties génitales un léger chatouillement et éprouva quelques douleurs en urinant.

Prévenue par ce qu'elle avait éprouvé lors de sa première blennorrhagie, et pensant à la possibilité d'une nouvelle infection, elle voulut être examinée et traitée sans retard, étant donné surtout que son amant, absent à ce moment-là, devait être de retour le 15 novembre.

2 novembre. — Examen.

La malade n'a pas uriné depuis trois heures ; elle a fait, il y a six heures, une irrigation vaginale avec eau boriquée et vinaigre de toilette.

La vulve présente sa coloration normale. Pas de leucorrhée bien marquée.

Orifice vaginal assez étroit, pourtour un peu plus rouge qu'à l'état normal.

Le méat tranche nettement sur le fond rose pâle du vestibule ; il est rouge vif et légèrement boursoufflé.

La pression du canal, d'avant en arrière, détermine une douleur très nette, et fait sourdre au méat une goutte peu abondante, mais franchement purulente, qui contient de nombreux groupes de gonocoques intraglobulaires.

La pression de la paroi postérieure du vagin ne laisse voir aucun écoulement purulent de ce côté, ni de rougeur anormale du vagin.

L'examen au speculum permet de constater l'état absolument normal du col, et l'absence de pus dans le cul-de-sac postérieur. Glaire d'aspect habituel et très peu abondante.

On fait, séance tenante, un lavage vésical vulvaire et vaginal avec de l'eau boriquée chaude, à 40 pour 1000.

L'attouchement au crayon de nitrate d'argent, dont la malade connaît l'efficacité, par expérience personnelle, lui est proposé. Elle est prête à l'accepter ; néanmoins, se souvenant d'avoir souffert assez vivement à la suite des deux attouchements qu'elle a subis en 1891, elle manifeste l'intention, si la chose est possible,

d'être soumise à un traitement moins douloureux, dût-il durer un peu plus longtemps.

Le gallobromol, en attouchement avec une solution au 1/10, lui est offert tout en la prévenant que l'action ne serait peut-être pas aussi rapide qu'avec la pierre infernale.

La malade ayant accepté, le soir même à 8 heures, le traitement est commencé.

Voici l'ordre du pansement :

Lavage vulvaire à l'eau boriquée tiède.

Irrigation vésicale à l'eau boriquée, environ 500 grammes en trois fois.

Irrigation vaginale, également à l'eau boriquée, avec une sonde en verre.

Badigeonnage de l'urètre dans toute son étendue avec porte-tampon imbibé de gallobromol à 1/10.

Mèche peu épaisse de gaze sèche dans le vagin.

Badigeonnage de la vulve avec solution de gallobromol à 1/10.

Cinq minutes après, lavage à l'eau boriquée.

3 novembre, 7 heures du matin. — La malade n'a pas uriné depuis la veille.

Urètre : Goutte blanchâtre très nette, mais moins jaune. Méat un peu plus boursoufflé peut-être qu'hier au soir.

La malade urine; la miction est absolument indolore, ce dont elle paraît agréablement surprise, se rappelant ce qu'elle avait souffert il y a deux ans.

Même pansement que la veille. Repos au lit. Le soir, irrigation vaginale à l'eau boriquée et tampon de gaze à l'entrée du vagin. Grand bain de son boriqué.

4 novembre. — Goutte urétrale franchement purulente; contient toujours des gonocoques.

Rien du côté du vagin ni de l'utérus. Repos absolu, strictement observé dans la journée.

A pu danser le soir.

5 novembre. — L'urètre contient toujours une goutte purulente.

L'attouchement au gallobromol provoque une sensation plutôt gênante que douloureuse. Danse le soir.

Lundi 6 : La dernière miction remonte à 5 heures.

Urètre : Petite goutte purulente, contient encore quelques gonocoques.

Quatrième attouchement, repos, grand bain.

Mardi 7. 11 heures du matin. La malade a uriné à 7 heures.

Goutte urétrale moins épaisse.

Attouchement avec la solution au 1/10

Badigeonnage du cul-de-sac comme le premier jour.

Injection boriquée deux fois dans les vingt-quatre heures.

Gaze boriquée, sur la vulve entre les lèvres.

L'examen microscopique ne montre plus de gonocoques dans la goutte urétrale.

Mercredi 8. 1 heure du soir. Dernière miction remonte à 8 heures du matin. Goutte pour ainsi dire nulle. Canal non douloureux, méat rose grisâtre.

Pas d'attouchement au gallobromol.

Irrigation boriquée vésicale et vaginale.

Gaze boriquée dans le vagin. Grand bain. Danse le soir.

Jeudi 9. La malade est restée quatre heures sans uriner. Goutte pas plus considérable qu'hier. Attouchement à 1/20.

Samedi 11. 7 heures du matin. La malade n'a pas uriné depuis 1 heure du matin, heure à laquelle elle est rentrée du théâtre.

Il faut exprimer trois ou quatre fois le canal, pour faire sourdre une gouttelette à peine perceptible.

Injection vaginale boriquée ; attouchement de l'urètre et des culs-de-sacs à 1/20.

Gaze boriquée à demeure.

Lundi 13. 7 heures. N'a pas uriné depuis 1 heure du matin. Rien à l'urètre.

Attouchement de l'urètre à 1/20.

Mercredi 15. Examen dans les mêmes conditions.

Urètre : Rien.

Grand bain.

Jeudi 16 : 6 heures du soir. La malade n'a pas uriné depuis 2 heures de l'après-midi.

Toujours rien à l'urètre. Grand bain.

Rapports sexuels dans la nuit de jeudi à vendredi et dans la soirée de vendredi.

La malade fait, avant et après chaque coït, des injections avec eau boriquée et vinaigre de toilette.

Pas de douleurs durant les rapports.

Samedi 18. La guérison se maintient.

Samedi, dimanche, rapports.

Lundi 20. Rien de nouveau.

Grand bain et injection boriqué.

Repos le plus possible.

La guérison de cette malade a été encore confirmée par la constatation de l'absence de tout phénomène blennorragique chez son amant venu également à la même époque, et pendant plusieurs jours, réclamer des soins pour une affection cutanée.

La guérison persistait encore le 21 décembre, date à laquelle la malade a été examinée.

Guérison obtenue en onze jours.

OBSERVATION II (personnelle).

Urétrite chronique guérie en huit jours.

T..., Eugénie, femme T., dix-neuf ans, lingère, entrée à Sainte-Agnès, le 29 janvier et couchée au n° 21.

Comme antécédents pathologiques, cette malade accuse : Fièvre typhoïde à huit ans. Rhumatisme articulaire à quinze ans. A cette attaque de rhumatisme, ont succédé une insuffisance et un rétrécissement mitrale très accusés aujourd'hui.

La menstruation, établie à quatorze ans, a toujours été régulière.

Premiers rapports à dix-sept ans. Mariée depuis six mois. Leucorrhée légère avant son mariage, mais qui a beaucoup augmenté depuis.

Pas de grossesse, ni de fausse couche.

La malade entre à l'hôpital pour des accidents syphilitiques secondaires et pour ses pertes blanches.

Jamais de douleurs à la miction.

A l'examen des organes génitaux, on trouve la vulve absolument baignée par un écoulement purulent jaune verdâtre.

Ce pus essuyé avec un tampon, la vulve apparaît très rouge. Les glandes vulvaires paraissent saines. La pression du canal de l'urètre fait sourdre au méat, qui est largement ouvert, une grosse goutte franchement purulente.

Le spéculum permet de constater, en même temps que la présence d'une notable quantité de pus dans le cul-de-sac postérieur, un col tuméfié, rouge, par l'orifice duquel s'écoule une glaire nettement purulente.

4 février. Lavage vésical avec la solution au 1/25, et application d'un crayon mitigé dans l'urètre.

Introduction d'un tampon de gaze iodoformée dans le vagin, après irrigation préalable de cette cavité.

5 février. La malade a gardé hier le crayon de gallobromol pendant deux heures.

On constate aujourd'hui, en écartant les lèvres du méat baignant dans le pus, que la muqueuse urétrale est absolument décolorée et déjà détachée dans quelques endroits, des parties sous-jacentes.

Une curette mousse introduite dans l'urètre, en ramène des débris de muqueuses recouverts de pus.

La pression du canal provoque l'issue d'une énorme goutte purulente.

Simple lavage vésical avec la solution au 1/20.

6 février. Goutte urétrale beaucoup moins grosse qu'hier. Même pansement que le premier jour, nouvelle application d'un crayon mitigé.

7 février. Desquamation présentant les mêmes caractères qu'après la première application.

Goutte urétrale imperceptible.

Lavage vésical.

8 février. Il faut presser fortement le canal pour en faire sourdre une gouttelette.

Lavage vésical.

9 février. Même état, même traitement.

10 février. Encore une petite gouttelette. Même traitement.

11 février. L'écoulement a complètement disparu. Il est impossible, même par une pression énergique du canal, d'amener une goutte de pus à l'orifice.

On continue néanmoins les lavages vésicaux.

16 février. La malade, qui a été vue régulièrement tous les jours précédents, ne présentant plus la moindre sécrétion du côté de l'urètre, on cesse tout traitement.

22 février. La goutte n'a pas reparu.

1^{er} mars. La malade sort, son urétrite étant complètement guérie; guérison obtenue en huit jours.

OBSERVATION III (personnelle).

Urétrite chronique à gonocoques guérie en dix jours.

R..., Marie, femme C..., âgée de vingt-quatre ans, couturière, entrée à Sainte-Marguerite, le 29 janvier 1894, et couchée au n° 9.

Aucune affection antérieure grave. Réglée à onze ans. Menstruation régulière. Premiers rapports à seize ans.

Mariée depuis 1889, la malade a vu apparaître, immédiatement après son mariage, des fleurs blanches qui depuis ne l'ont pas quittée. A eu, il y a trois ans, une fille morte à seize mois, d'affection indéterminée.

A l'entrée de la malade, on constate, à l'examen des organes génitaux, la présence d'un écoulement purulent, jaune verdâtre, qui recouvre toute la surface vulvaire. La vulve, après un lavage à l'eau boricuée, apparaît d'une coloration uniforme rouge vif.

La pression de l'urètre, d'avant en arrière par le doigt introduit dans le vagin, fait sourdre au méat, qui est également très rouge, une grosse goutte de pus qui, examiné au microscope, permet de voir de nombreux groupes de gonocoques.

Au spéculum, on constate un col rouge vif tuméfié, ectropion considérable, notable quantité de pus dans le cul-de-sac postérieur.

3 février : Lavage vésical avec solution de gallobromol à 1/25. Badigeonnage de l'urètre avec tige porte-topique entourée d'un tampon de coton imbibé de solution à 1/5. Attouchement de la vulve avec la même solution. Introduction d'un tampon de gaze iodoformée dans la cavité vaginale.

Même traitement, les jours suivants.

6 février. L'écoulement n'a pas sensiblement diminué, mais il est peut-être un peu moins jaune. On continue le traitement.

8 février. Goutte urétrale moins grosse et d'aspect blanchâtre (ne contient plus de gonocoques).

9 février. La pression du canal fait encore sourdre une gouttelette.

10 février. Il faut presser fortement sur les parois du canal pour faire sourdre une petite goutte opaline.

11 février. Impossible d'obtenir la moindre goutte par la pression de l'urètre. On continue le traitement.

13 février. Pas la moindre sécrétion anormale du côté de l'urètre. On cesse les badigeonnages de l'urètre à la solution fortée. Simple lavage vésical avec la solution à 1/25.

16 février. Toute trace d'urétrite ayant disparu, on cesse toute espèce de traitement.

28 février. La guérison se maintient. Les règles ont apparu le 18 et cessé le 23.

6 mars. La guérison est définitive. Elle a donc été obtenue en dix jours.

10 mars. La guérison est toujours absolue.

OBSERVATION IV (personnelle).

Urétrite chronique ; guérison en huit jours.

N..., Célestine, dix-neuf ans, teinturière, entrée le 23 février, dans la salle Sainte-Marguerite, couchée au n° 22.

Aucun antécédent pathologique.

Réglée à douze ans ; menstruation régulière, indolore. Premiers

rapports à quinze ans. Ni grossesse, ni fausse couche. Leucorrhée habituelle, légère.

24 février. On constate à l'examen des organes génitaux, que la vulve est d'une coloration à peu près normale. L'urètre, largement ouvert, contient une goutte de pus franchement purulente.

L'introduction du spéculum permet de voir des parois vaginales granuleuses; le col de l'utérus est complètement ulcéré, et par son orifice s'écoule une glaire muco-purulente; le cul-de-sac postérieur contient une notable quantité de pus.

Traitement. Lavage vésical avec la solution de gallobromol à 1/20; application d'un crayon de gallobromol mitigé dans l'urètre.

Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

25 février. Le crayon est resté hier, pendant trois heures dans l'urètre, sans provoquer la moindre douleur.

On constate, aujourd'hui, une abondante desquamation de la muqueuse urétrale.

L'écoulement ne semble pas modifié.

Lavage vésical à 1/20.

26 février. La goutte urétrale paraît un peu moins jaune.

Nouveau crayon mitigé.

27 février. Desquamation analogue à celle consécutive à la première application; les débris de muqueuse qu'on ramène de l'urètre sont recouverts de pus.

Lavage vésical.

1^{er} mars. Même état, nouvelle application d'un crayon.

2 mars. Le méat est obstrué par des débris de muqueuse, qui empêchent de constater la présence ou l'absence de pus.

Simple lavage.

3 mai. Il faut presser fortement le canal, pour faire sourdre au méat une gouttelette blanchâtre.

Lavage vésical.

4 mai. L'urètre est absolument sec; lavage au 1/20.

5 mai. Pas la moindre sécrétion urétrale (La malade n'a pas uriné depuis quatre heures; vérification par cathétérisme).

On continue les lavages.

10 mars. La malade, examinée tous les jours, depuis la dispari-

tion de la goutte urétrale, n'a plus présenté le moindre écoulement du côté de l'urètre.

15 mars. Fin des règles. Rien à l'urètre. *Exeat*. Guérison en huit jours.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. Guilleret, chef de clinique.)

Urétrite chronique gonococcienne; guérison après un traitement régulier de douze jours.

A .., Blanche, dix-huit ans, couturière, entrée à Sainte-Marguerite le 21 octobre 1893, et couchée au lit n° 21.

Cette femme a toujours joui d'une bonne santé.

La menstruation, qui s'est établie chez elle, à l'âge de dix-sept ans, a toujours été depuis, irrégulière, sans être douloureuse.

Premiers rapports à dix-sept ans; leucorrhée persistante depuis.

Cette malade entre à l'hôpital pour une éruption syphilitique, dont elle ne s'est aperçue que depuis deux jours.

Elle est de plus atteinte de blennorragie généralisée à toute la muqueuse génitale inférieure, ce dont elle ne paraît pas se douter.

Elle n'a jamais éprouvé la moindre douleur du côté des organes génitaux.

Dernières règles, il y a quinze jours.

On s'occupe exclusivement du traitement des accidents syphilitiques jusqu'au 14 novembre.

A cette date, l'examen des organes génitaux permet de constater :

Une leucorrhée assez épaisse.

La muqueuse vulvaire, de coloration à peu près normale dans son ensemble, présente néanmoins çà et là quelques follicules qui tranchent nettement par leur couleur rouge vif.

Toucher vaginal indolore.

La pression du canal fait sourdre une goutte purulente renfermant des gonocoques intra-globulaires.

Le spéculum, qui est introduit sans douleur, permet de voir le col tuméfié, rouge vif.

Par l'orifice externe, qui est bordé par un ectropion assez étendu de la muqueuse cervicale, s'écoule une glaire purulente abondante.

14 novembre. — Traitement : badigeonnage de l'urètre avec la tige porte-topique entourée de coton imbibé de solution de gallobromol à 1/10.

Attouchement des follicules vulvaires avec la même solution.

Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

17 novembre. — Goutte urétrale, blanc laiteux, peu épaisse. Même traitement.

21 novembre. — Même traitement.

28 novembre. — Toujours une légère goutte dans le canal de l'urètre. On continue le traitement tous les quatre jours.

30 décembre. — Règles.

4 janvier 1894. — L'urètre contient encore une petite goutte.

A partir de cette époque, le pansement est renouvelé tous les jours. On fait précéder le badigeonnage urétral d'un lavage vésical avec la solution de gallobromol à 1/25.

13 janvier. — C'est à peine si en exprimant deux fois l'urètre, d'arrière en avant, on arrive à faire sourdre au méat une toute petite gouttelette (la malade n'a pas uriné depuis trois heures).

10 janvier. — Petite gouttelette absolument claire.

18 janvier. — On ne constate plus aucun écoulement de l'urètre. On continue néanmoins le traitement.

22 janvier. — Pas la moindre sécrétion du côté de l'urètre.

On cesse le traitement.

28 janvier. — Règles.

1^{er} février. — Cessation des règles.

Toujours rien à l'urètre.

La malade sort.

La guérison n'a été obtenue qu'après un traitement régulier.

Cette observation montre la nécessité d'un traitement continu et non intermittent.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le D^r Guilleret.)

Urétrite chronique gonococcienne guérie en quarante-deux jours; traitement intermittent.

D..., Marie, dix-neuf ans, domestique, entrée le 20 septembre 1893, salle Sainte-Marguerite, n° 20.

Aucun antécédent pathologique.

La menstruation, qui s'est établie à seize ans, a toujours été depuis très irrégulière.

Ni grossesse, ni fausse couche; pas de leucorrhée.

Premiers rapports sexuels, il y a un an.

La malade présente, à son entrée, un herpès génito-crural intense avec adénopathies douloureuses dans les aines.

Elle est, de plus, atteinte d'urétrite, de vulvo-vaginite et de cervicite blennorragique.

Le début de l'*affection blennorragique* aurait eu lieu, au dire de la malade, à la fin du mois dernier, quatre jours après les derniers rapports.

Elle ressentit, à cette époque, de la cuisson aux parties génitales et une légère douleur à la miction.

On s'occupe d'abord exclusivement du traitement de l'herpès génito-crural, ce qui demande cinq semaines.

27 octobre. — L'éruption d'herpès est complètement guérie. Encore un peu de tuméfaction et de dureté indolente des lèvres.

Vulve très rouge; sécrétion muco-purulente.

Follicules vulvaires des différentes régions également très rouges.

Urètre. — Grosse goutte franchement purulente au méat, qui est rouge et boursoufflé (la malade a uriné il y a une heure). La miction est indolore.

On trouve de nombreux groupes de gonocoques intraglobulaires.

Vagin sensible au toucher ; parois tuméfiées, mollasses.

A l'examen au spéculum, qui est très douloureux, on trouve :

Parois vaginales très rouges, granuleuses, d'aspect chagriné.

Plaie purulente et pus franc dans le cul-de-sac postérieur. Col ulcéré.

Par l'orifice du col sort une glaire franchement purulente. Recueillie avec la pince-cuiller de Rollet, elle laisse voir au microscope, après coloration de nombreux cocci, des bâtonnets et deux à trois globules de pus renfermant des groupes de gonocoques.

Ectropion moyen de l'endomètre cervical plus accentué à la partie inférieure droite.

Traitement : Lavage vaginal au gallobromol 1/50, un litre.

30 octobre. Grand bain alcalin, le matin.

Anesthésie. Nettoyage au savon de la vulve et du vagin. Irrigation vulvo-vaginale à l'eau bouillie d'abord, puis à la solution de gallobromol 1/10.

Avec une tige porte-topique recouverte de cotonⁿ imbibé de gallobromol à 1/10, on écouvillonne à trois reprises le canal de l'urètre.

Avec un tampon de coton largement imbibé de cette solution, on badigeonne lentement les culs-de-sac, la surface externe du col et la paroi vaginale.

On introduit la pince entourée d'un gros tampon de coton également imbibé de la même solution, et entrant à frottement dur dans le spéculum jusqu'au fond du vagin. On retire alors le spéculum, et on écouvillonne lentement le vagin d'arrière en avant et d'avant en arrière. On laisse le tampon à demeure deux à trois minutes.

Le spéculum est remplacé.

On badigeonne alors lentement et à trois reprises la cavité utérine et cervico-corporéale avec la tige porte-topique recouverte de coton imbibé de gallobromol à 1/10. On laisse le dernier tampon de deux à trois minutes dans l'utérus. On retire le spéculum. Aucune irrigation vaginale. Simple mèche de gaze boriquée pour maintenir les parois vaginales écartées.

Badigeonnage de tous les replis vulvaires avec un tampon de coton trempé à plusieurs reprises dans le gallobromol et maintenu appliqué.

A la fin de l'opération, la vulve est noire comme si on l'avait souillée avec de l'encre. (Cette coloration est due au frottement des instruments en fer ou en acier sur la muqueuse imprégnée de gallobromol.)

Repos absolu au lit,

4 novembre. Pansement. On enlève le tampon. Irrigation au gallobromol 1/50.

Badigeonnage du col et des culs-de-sac avec solution à 1/10.

Tampon de gaze boriquée dans le vagin.

10 novembre. La vulve est moins rouge. Follicules toujours très rouges, méat également, mais moins tuméfié. Petite goutte urétrale franchement purulente. (La malade n'a pas uriné depuis quatre heures, vérifié par cathétérisme.)

On constate aujourd'hui la présence d'un petit polype urétral, qui jusqu'ici avait passé inaperçu à cause de la rougeur intense de la vulve.

Au spéculum bien mieux supporté, on trouve le vagin, d'aspect beaucoup moins rouge que précédemment, moins granuleux.

Un peu de pus encore dans le sac postérieur qui est également beaucoup moins rouge qu'il y a quelques jours.

Col utérin a diminué de volume, la rougeur persiste au pourtour de l'orifice externe. Ectropion cervical.

Traitement. Irrigation vésicale au gallobromol à 1/50. Ecouvillonnage avec tampon imbibé de gallobromol à 1/10.

Irrigation vaginale au gallobromol à 1/50.

Badigeonnage de cavité utérine et cul-de-sac à 1/10.

Badigeonnage vaginal et vulvaire également à 1/10.

Repos au lit.

14 novembre. Attouchement de l'urètre avec solution au 1/10.

16 novembre. Badigeonnage col, cavité cervicale, culs-de-sac, vagin, urètre et vulve avec solution au 1/10.

Même pansement, tous les quatre jours, jusqu'à la fin de novembre.

30 novembre. Leucorrhée vaginale presque nulle. La vulve a repris sa coloration normale. Légère goutte urétrale. (La malade n'a pas uriné depuis la veille.)

Spéculum bien supporté. Aspect rose pâle des parois vaginales. Col absolument normal, teinte rosée uniforme, plus d'ectropion. Glaires transparentes, normales. -

Même traitement.

3 décembre. Goutte urétrale imperceptible.

4 à 8 décembre, règles. On interrompt le traitement.

11 décembre. Les règles qui sont finies depuis trois jours ont été un peu plus fortes que d'habitude. Pas de lavage ni de pansement depuis les règles.

Vulve de coloration normale. Quelques follicules vulvaires enflammés.

Urètre, rien (a uriné il y a une heure).

Par le toucher vaginal et palper hypogastrique on sent l'utérus mobile sous le doigt, le cul-de-sac libre.

Au spéculum, on trouve le col rosé, de couleur normale, régulier lisse, pas d'érosion, pas de piqueté rouge. Dans le cul-de-sac postérieur, glaire absolument claire. Aucun liquide ne s'écoule par l'orifice du col. On peut recueillir dans la cavité cervicale une glaire transparente.

Cessation de tout traitement au gallobromol. Irrigation vaginale et lavage vulvaire à l'eau boricée.

12 décembre. Urètre : pas la moindre sécrétion (la malade n'a pas uriné depuis cinq heures, vérifié par cathétérisme).

29 décembre. De chaque côté de l'orifice vaginal, quelques follicules enflammés.

Pas de leucorrhée, pas de goutte urétrale. Culs-de-sac libres, on n'y trouve aucune sécrétion anormale.

Col absolument régulier, rosé, aucun écoulement par l'orifice externe.

Traitement : Douche boriquée sur col et cul-de-sac après examen.

Attouchement des follicules vulvaire gallobromol à 1/10.

2 janvier. Règles.

5 janvier. Cessation des règles. La malade est définitivement guérie.

La guérison n'a été obtenue qu'au bout de quarante-deux jours, la malade n'ayant pas été soumise à un traitement régulier.

2 mars. La malade est revue, pas d'urétrite.

OBSERVATION VII

Urétrite chronique gonococcienne. Guérison en vingt-six jours après un traitement intermittent. Récidive aux règles.

E..., Louise, dix-huit ans, brodeuse sur ornements d'église, entrée dans la salle Sainte-Marguerite, le 24 octobre 1893, et couchée au n° 8.

Constitution robuste; bon état général; brune.

Rougeole à huit ans. Dothiénenterie à quinze.

A l'âge de quinze ans, eut lieu une première apparition de règles qui durèrent trois jours. Elles disparurent depuis pour ne réapparaître qu'à dix-sept ans et demi.

La menstruation a toujours été régulière depuis lors, un peu douloureuse les deux premiers jours.

Premiers rapports à dix-sept ans.

Il y a deux mois, fausse couche au quatrième mois (première grossesse) survenue à la suite d'une chute dans les escaliers. Retour de couche un mois après.

Pertes blanches pendant la grossesse et depuis sa fausse couche.

Elle entre à l'hôpital pour des érosions syphilitiques qu'elle a à la vulve et pour des pertes blanches.

Elle ne peut préciser l'époque à laquelle a débuté son affection.

25 octobre. — A l'examen de la malade, on constate : Œdème dur des grandes lèvres. Plaques muqueuses vulvaires.

L'ensemble de la vulve paraît d'une couleur beaucoup plus rouge qu'à l'état normal.

On remarque, en outre, au niveau du vestibule et de chaque côté du méat, ainsi que dans le sillon labio-vaginal, de nombreux follicules enflammés qui, pressés légèrement, laissent saillir une très fine gouttelette purulente.

Leucorrhée vaginale blanc jaunâtre, épaisse, tachant nettement le linge en jaune.

Toucher vaginal peu douloureux. Sensation de chaleur très marquée. Les parois vaginales paraissent moins rugueuses que d'habitude. Col de consistance et de volume normaux; culs-de-sacs libres.

L'index, ramené d'arrière en avant, le long de la paroi vaginale antérieure, fait sourdre au méat une goutte purulente contenant de nombreux gonocoques en groupe intraglobulaire.

L'introduction du speculum, qui provoque une douleur assez vive, permet de constater que le col est un peu plus rouge qu'à l'état normal. Par son orifice s'écoule une glaire transparente.

Pus en notable quantité dans le cul-de-sac postérieur.

La miction n'a jamais été douloureuse.

27 octobre. — Ecouvillonnage lent et complet de l'urètre avec un stylet boutonné entouré de coton imbibé d'une solution de gallobromol à 1/10.

Attouchement des parois vulvaires avec la même solution.

28 octobre. — A la suite du badigeonnage de l'urètre, la malade n'a pas éprouvé de douleurs notables.

Même traitement que la veille.

10 novembre. — Pas de pansement depuis le 28 octobre. L'urètre contient une goutte franchement purulente.

Badigeonnage de l'urètre avec la solution au 1/10.

Irrigation vulvo-vaginale avec la solution au 1/50.

La malade présente à ce moment des phénomènes de grippe qui obligent à suspendre le traitement.

11 décembre. — La malade est restée depuis un mois sans traitement externe.

Actuellement on constate, de chaque côté de l'orifice vaginal, deux petites plaques rouge vif (folliculites pré-urétrales).

L'urètre contient une petite goutte d'aspect blanc laiteux dans laquelle on ne trouve pas de gonocoques.

Traitement : Badigeonnage de l'urètre ainsi que des follicules vulvaires enflammés avec la solution de gallobromol au 1/10.

21 décembre. — Pas d'amélioration. Même traitement.

29 décembre. — Goutte urétrale blanchâtre.

Folliculite vulvaire de chaque côté de l'urètre et du vagin.

Traitement : Badigeonnage de l'urètre et attouchement des follicules enflammés avec la solution au 1/10.

3 janvier 1894. — L'urètre contient toujours une goutte.

Traitement : Lavage vésical avec la solution de gallobromol à 1/25.

On emploie pour ce lavage vésical une sonde en verre, de moyen calibre, qui permet au liquide introduit dans la vessie de ressortir entre les parois urétrales et celles de la sonde. On fait ainsi une irrigation continue. 500 grammes de liquide environ sont injectés de cette façon dans la vessie.

Après quoi, on badigeonne l'urètre avec la solution au 1/10. Tampon de gaze à l'iodoforme dans le vagin.

4 janvier. — L'urètre contient une goutte purulente. Même traitement que la veille.

5 janvier. — Légère goutte à l'urètre, mais moins jaune qu'hier.

Même traitement.

7 janvier. — Rien à l'urètre (la malade n'a pas uriné depuis trois heures ; vérification par cathétérisme).

Même traitement.

8 janvier. — Rien à l'urètre.

On cesse le traitement.

9 à 12 janvier. — Règles.

La malade, qui est examinée tous les jours, ne présente aucune sécrétion anormale de l'urètre jusqu'au 13 janvier.

A cette date, on remarque de nouveau la présence d'une goutte dans l'urètre.

On recommence les lavages vésicaux ainsi que les badigeonnages.

Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

14 janvier. — Rien à l'urètre.

On continue quand même le traitement.

Du 15 au 23 janvier. — Aucune sécrétion anormale de l'urètre. Le traitement est cessé à partir du 17 janvier.

23 janvier. — La malade présentant une petite goutte opaline, on recommence le même traitement.

24 janvier. — On ne remarque pas la moindre sécrétion urétrale.

Pas de traitement.

La guérison a persisté depuis.

Les règles sont revenues du 4 au 7 février sans amener aucune modification du côté de l'urètre.

La malade a été revue régulièrement tous les jours jusqu'au 12 février, date de sa sortie de l'hôpital; guérison obtenue en vingt-six jours.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Urétrite proliférante; guérison en cinquante-quatre jours.

G., Pauline, vingt ans, sans profession, entrée, le 15 janvier 1894, à Sainte Marguerite, n° 13.

Sans avoir eu d'affection grave, cette malade n'a jamais joui d'une bonne santé. Anémique.

La menstruation, apparue à quatorze ans, a toujours été irrégulière, ne durant parfois que quelques heures.

Premiers rapports à treize ans, jamais de grossesse ni fausse couche.

L'affection pour laquelle la malade entre à l'hôpital remonte à une quinzaine de jours, époque où elle a eu ses derniers rapports.

Quatre jours après le coït infectant, elle a éprouvé de la douleur à la miction, ainsi que de la cuisson aux parties génitales, marquée

surtout pendant la marche. Elle s'est aperçue seulement six jours après, qu'elle tachait fortement son linge en jaune.

20 janvier. Actuellement la malade est atteinte de pollakiurie. Chaque miction s'accompagne de douleurs très vives.

L'examen des organes génitaux permet de constater que la vulve est très rouge. Le méat, également très rouge, est entouré de végétations polypiformes.

L'écartement des lèvres de cet orifice permet de voir un petit polype, dont le pédicule s'insère assez profondément dans l'urètre.

La pression de ce canal fait sourdre une grosse goutte de pus, contenant de nombreux groupes de gonocoques intra-globulaires.

Traitement. Lavage vésical avec la solution au 1/20. Ecouvillonnage de l'urètre avec la solution au 1/5.

Introduction d'un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

21 janvier. La miction est encore douloureuse; l'urètre contient toujours une grosse goutte de pus. On anesthésie la malade pour lui faire l'écouvillonnage de l'urètre.

22 janvier. Même état, même traitement.

23 janvier. La miction n'est pas douloureuse, on peut faire le lavage vésical et l'écouvillonnage de l'urètre sans anesthésie.

24 janvier. Aucune amélioration de l'écoulement.

Même traitement.

Ce traitement est ainsi continué jusqu'au 13 février, sans amener le moindre résultat.

13 février. Introduction d'un crayon de gallobromol mitigé dans l'urètre, après lavage vésical.

14 février. La malade a gardé le crayon pendant trois heures. Elle n'a pas ressenti la moindre douleur à la suite de son application. La miction est également indolore.

On constate aujourd'hui que la muqueuse, recouvrant les végétations périurétrales, est complètement mortifiée, et se détache sur plusieurs points. L'écartement des lèvres du méat permet de voir l'intérieur de l'urètre absolument décoloré. Une curette mousse introduite dans ce canal en ramène de larges morceaux de muqueuse recouverts de pus, et cela sans provoquer la moindre douleur.

Traitement : simple lavage à la solution au 1/25.

15 février. — Goutte urétrale énorme. L'urètre a repris son aspect normal. Règles.

Traitement : nouvelle application d'un crayon mitigé.

16 février. — L'écoulement n'est pas modifié. Desquamation analogue à celle produite par le premier crayon.

17 février. — État stationnaire. Cessation des règles.

18 février. — Aucune amélioration ; nouveau crayon.

19 février. — L'écoulement n'a pas diminué.

L'examen urétroscopique permet de voir plusieurs follicules intra-urétraux contenant une goutte de pus.

Traitement : application d'un crayon de gallobromol pur.

La malade éprouvant quelques douleurs, on le retire cinq minutes après.

La miction suivante a été légèrement douloureuse.

20 février. — Abondante desquamation.

Aucune amélioration de l'écoulement.

On fait un curettage de l'urètre avec la curette de Volkmann et on excise le polype situé à l'entrée du canal ; crayon d'iodoforme.

21 février. — Grosse goutte urétrale.

Pas de traitement.

24 février. — Aucun changement.

28 février. — On recommence les badigeonnages urétraux.

2 mars. — L'état restant toujours le même, on fait un nouveau curettage, immédiatement suivi de cautérisation au crayon d'argent.

3 mars. — Grosse goutte purulente.

6 mars. — Pas d'amélioration.

9 mars. — Cautérisation avec le crayon pur de nitrate d'argent.

14 mars. — Aucune amélioration n'étant survenue, on anesthésie la malade à l'éther et on lui fait un nouveau curettage. On excise ensuite au Paquelin les végétations qui entourent le méat ; le canal de l'urètre est alors écouvillonné énergiquement avec la solution de gallobromol à 1/5.

16 mars. — Les règles ont débuté hier soir. On fait un lavage à l'eau tiède de la vulve et du vagin ; la pression du canal d'arrière

en avant provoque une vive douleur, mais ne fait sourdre au méat qu'une goutte de sang absolument claire; il n'y a pas trace de pus (la malade n'a pas uriné depuis trois heures; vérifié par cathétérisme).

Lavage vésical à l'eau boriquée.

17 mars. — La pression de l'urètre est toujours douloureuse, mais le canal est absolument sec. Lavage vésical avec solution de gallobromol au 1/20.

18 mars. — Rien à l'urètre; continuation des règles. Lavage vésical au gallobromol.

19 mars. — Cessation des règles; rien à l'urètre. Lavage vésical.

20 mars. — La malade est définitivement guérie de son urétrite. On cesse le traitement.

27 mars. — La guérison s'est maintenue.

Cette observation nous montre que l'urétrite proliférante est une forme particulièrement rebelle aux agents thérapeutiques ordinaires, d'où la nécessité de recourir dans ces cas-là à une petite intervention chirurgicale : curettage et thermo-cautérisation.

Si maintenant nous comparons, par la lecture de nos observations et de celles prises dans le mémoire de Prigent que nous avons citées, les effets du gallobromol avec ceux des trois médicaments employés par cet auteur, nous remarquons tout d'abord que le gallobromol est susceptible d'amener la guérison d'une urétrite blennorragique chez la femme dans un délai beaucoup moins long que le sublimé, et plus court aussi que le permanganate de potasse ou le nitrate d'argent.

Nous voyons, en effet, que sur cinq cas traités par le sublimé la guérison n'a été définitive, chez quatre ma-

lades, qu'au bout de 73, 20, 28 et 32 jours, et qu'elle n'a pu être obtenue, malgré trois mois de traitement, chez la malade de l'observation III.

Nous constatons également que le permanganate n'arrive à bout de ces urétrites qu'après un traitement de 17, 16, 15, 11, 22 ou 49 jours et cela dans les cas les plus heureux, car l'auteur reconnaît « qu'il a toujours choisi pour les publier les observations où la guérison est survenue le plus rapidement ».

Les solutions de nitrate d'argent au 1/100 ou au 2/100 paraissent produire des effets analogues à ceux du permanganate, car les guérisons survenues après l'emploi de ce médicament que nous relevons dans la thèse de Prigent ont nécessité un traitement de 9, 22, 25 ou 29 jours.

On observe donc rarement, après l'usage de ces agents thérapeutiques administrés deux fois par jour les succès rapides auxquels donne lieu le gallobromol appliqué une seule fois chaque jour.

Si nous passons maintenant à l'examen de nos observations, nous remarquons d'abord que, sur huit malades traitées par ce moyen, les quatre premières ont été guéries en moins de douze jours, tandis que les quatre autres n'ont vu survenir leur guérison qu'après un temps relativement long. Mais si on se livre à une lecture attentive de ces observations, on voit rapidement à quoi tient la différence dans la durée du traitement.

Chez nos quatre premières malades, en effet, qui ont été soumises à un *traitement quotidien absolument régulier*, la guérison s'est effectuée en huit, dix et onze jours, peut-être eût-elle été plus rapide si le remède avait été administré deux fois par jour. Chez les trois malades suivantes,

au contraire, traitées d'une façon intermittente, nous n'avons pu l'obtenir qu'après plusieurs semaines; il est vrai que parfois un intervalle d'une dizaine de jours s'écoulait entre chaque pansement. Ceci nous montre donc l'importance qu'il y a à ne pas interrompre le traitement, et à voir régulièrement la malade chaque jour.

Notre observation V est particulièrement intéressante à ce sujet. Cette femme, qui n'a vu survenir aucune amélioration dans son état après deux mois de traitements intermittents, s'est vue guérir au bout de douze jours d'un traitement régulier.

La lecture de notre dernière observation vient enfin nous montrer qu'il est des cas (urétrites proliférantes) dont le traitement présente parfois d'extrêmes difficultés, et où le gallobromol à lui seul sera insuffisant.

Chez cette malade, en effet, cet agent thérapeutique employé seul a été impuissant; le curettage avec cautérisation au crayon de nitrate d'argent pur a échoué deux fois; nous n'avons, enfin, dû la guérison qu'au curettage suivi du badigeonnage avec la solution de gallobromol à 1/5.

Ce fait ne doit pas nous étonner, en voici de semblables rapportés en 1892 par Boyer.

OBSERVATION I

L..., Marie, vingt-sept ans, couturière. Urétrite proliférante.

1^{er} août. — Traitement, 2 grammes salol par jour. Injections de sublimé au 1/1000^e renouvelées régulièrement chaque jour.

6 août. — Excision des végétations au thermo-cautère.

21 novembre. — Plus trace d'écoulement. La malade sort.

La guérison n'a donc été obtenue qu'après trois mois et demi.

OBSERVATION II

L..., Clémence, trente-deux ans, fleuriste. Urétrite proliférante.

Entrée à Saint-Lazare le 25 août.

29 août. — Cautérisation faradique de la région urétrale.

21 décembre. — Guérison, survenue par conséquent au bout de trois mois.

OBSERVATION III

D..., Florentine, dix-neuf ans, blanchisseuse. Urétrite proliférante.

Cette malade, qui entre à Saint-Lazare le 7 août 1891, n'est guérie de son urétrite que le 12 octobre 1891.

La guérison a donc nécessité près de trois mois de traitement.

Vérification de la guérison. — Nous désirons en outre signaler un point important de notre observation VII : la réapparition, à l'occasion des règles, de la goutte urétrale qui avait disparu depuis plusieurs jours. Ceci vient nous montrer qu'il ne faut pas se hâter de conclure à la guérison, et qu'il est toujours prudent, avant d'affirmer celle-ci, d'attendre le retour des règles.

A ce propos, nous ferons remarquer que chez toutes nos malades nous avons tenu à avoir une guérison certaine, et pour cela : 1° après constatation de l'absence de goutte urétrale dans les cas douteux, nous avons constamment vérifié, par le cathétérisme, si les dire de la malade, concernant le temps écoulé depuis la dernière miction, étaient exacts ; 2° nous avons attendu après la guérison, le retour

de la période menstruelle ; 3° nous avons traité les gouttes blanchâtres ne contenant pas de gonocoques, car, malgré l'absence de ceux-ci, nous croyons qu'elles sont très probablement contagieuses ; 4° nous avons recherché les résultats éloignés, en empêchant autant que possible, la sortie de la malade pendant quelque temps après la disparition de la goutte.

Il nous a été enfin donné de confirmer d'une façon absolue la guérison d'une malade par la constatation chez l'amant de cette dernière de l'absence de tout phénomène blennorrhagique (obs. I).

Nous cherchons vainement dans les observations de Prigent ou de Boyer, quelques-unes de ces précautions, qui cependant ont une grande importance.

Traitement annexe. — Les agents chimiques, comme l'a montré Verchère, et de même le gallobromol, seront parfois impuissants à guérir une certaine forme d'urétrite, l'urétrite proliférante.

On sera donc obligé de recourir dans ces cas-là à une petite intervention chirurgicale complémentaire : curettage ou thermo-cautérisation.

Les complications enfin que nous avons laissées de côté dans nos observations, désirant limiter notre travail, devront toujours être traitées en même temps que l'urétrite.

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle, en raison des opinions divergentes des bactériologistes au sujet de la culture du gonocoque, on peut se contenter, pour le diagnostic d'urétrite blennorragique, d'employer le procédé rapide usité en clinique pour la recherche du gonocoque.

L'urétrite sans gonocoques peut être contagieuse pour des causes diverses et l'examen microscopique peut conférer une sûreté trompeuse, si l'on considère comme non contagieuses les urétrites à pus sans gonocoques.

L'urétrite s'observe presque toujours chez la femme comme première manifestation de la blennorragie.

Malgré le peu de gêne que détermine en général cette affection, elle doit être traitée énergiquement dès qu'elle est constatée : 1° pour tarir une source de contagion ; 2° pour prévenir les complications possibles à distance et les complications de voisinage presque fatales. En outre, traiter une métrite blennorragique sans traiter l'urétrite,

c'est s'exposer à tourner dans un cercle vicieux, l'urétrite non guérie pouvant à nouveau engendrer la métrite.

La cure rapide est souvent difficile malgré la brièveté du canal de l'urètre.

Pour être certain de la guérison, il convient d'attendre le retour des règles, époque à laquelle une récurrence peut se produire.

Le gallobromol joignant à un pouvoir antiseptique assez considérable la propriété de provoquer, sans réaction douloureuse, une desquamation large et intense, est indiqué dans le traitement de l'urétrite blennorragique.

Il résulte de nos observations, que cet agent thérapeutique comparé au nitrate d'argent, au sublimé ou au permanganate de potasse, produit des résultats plus rapides.

Le gallobromol peut être prescrit sous différentes formes dans l'urétrite blennorragique de la femme, (solution concentrée pour badigeonnage, et surtout crayon mitigé.)

Les solutions, même très concentrées (1/5) agissent sans provoquer la moindre douleur, ce qui est un des avantages de ce médicament. Le crayon pur, seul, détermine, après quelques minutes d'application, une légère souffrance qui disparaît assez vite.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

GAILLETON.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1864. Guérin. — Malad. des org. gén. ext. de la femme.
1866. Fournier. — Dict. de Jaccoud.
1868. J. Rollet. — Dict. de Dechambre.
1869. Gillette. — Journ. de l'anat. et de la physiol.
1879. Neisser. — Centralb. f. d. medic. Wissen.
1879. Ferroul. — Thèse de Paris.
1880. Monod. — Ann. de gynécologie.
1880. Decourtieux. — Thèse de Paris.
1880. Bokaï. — Allgemeine med. Centralzeitung.
1883. Boissard. — Étude sur les troubles de la miction.
1883. Weiss. — Thèse de Nancy.
1884. Bumm. — Arch. für Gynecol.
1884. Aubert. — Lyon Médical.
1885. Martineau. — Blennor. chez la femme.
1885. Kreiss. — Wiener med. Wochenschrift.
1886. Bumm. — Arch. für Gynecol.
1886. Jullien. — Traité des maladies vénériennes.
1886. Roux. — Académie des sciences.
1887. Steinschneider — Klinisch. Woch.

1888. Horand. — Lyon Médical.
1888. Legrain. — Revue médicale de l'Est.
1889. De Broc. — Thèse de Paris.
1890. Eraud. — Ann. dermat. et syphil.
1891. Dubois. — Thèse de Paris.
1891. Wertheim. — Prager und Woch.
1891. Vibert et Bordas. — Gaz. des hôpitaux.
1892. Richart-Steinbuchel. — Wien klin. Woch.
1892. Wertheim. — Centralb. f. Bakterio.
1892. Risso. — Riforma medica.
1892. Prigent — Thèse de Bordeaux.
1892. Royer. — Thèse de Paris.
1892. Charrier. — Thèse de Paris.
1892. D'Arlhac. — Thèse de Lyon.
1892. Boisieux. — Congrès de Gynecol.
1893. Bosc. — Thèse de Montpellier.
1893. Cazeneuve et Ét. Rollet. — Lyon Médical.
1893. Étienne Rollet. — Progrès médical.
1893. Janet. — Semaine médicale.
1893. Morel-Lavallée. — Ann. des org. gén.-urin.
1893. Hogge. — Ann. des org. gén.-urin.
1893. Souplet. — Thèse de Paris.
1893. Lepine. — Semaine médicale.
1893. Audry. — Précis.
1894. Quilly. — Thèse de Lyon.
1894. Verchère. — Blennorrhagie chez la femme.
1894. Carry. — Lyon Médical.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — <i>Nature de la Blennorrhagie</i> . . .	9
1° De Ricord à Neisser.	9
2° Découverte du gonocoque par Neisser	10
CHAPITRE II. — <i>Symptomatologie</i>	16
CHAPITRE III. — <i>Pronostic</i>	22
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic et prophylaxie</i>	26
Urétrites simples et urétrites blennorragiques.	26
CHAPITRE V. — <i>Traitement</i>	30
Traitement interne.	30
Traitement externe.	31
Le Gallobromol	35
Comparaison des résultats obtenus par le Gallo- bromol et d'autres agents chimiques	43
Observations.	44
Urétrites traitées par le sublimé.	44
— — — permanganate de potasse.	45
— — — nitrate d'argent.	46
Observations de toutes les maladies qu'il nous a été donné de traiter par le gallobromol	48
CONCLUSIONS	75
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	77

